



**Maestría en Medicina Social**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

**ABORTO CON MEDICAMENTOS: EXPERIENCIAS DE  
MUJERES EN GUANAJUATO Y LA CIUDAD DE MÉXICO**

**Tesis presentada por**

**Claudia Paola Cabello Montaña**

**Para obtener el grado de Maestría en Medicina Social**

**Dirección de la Tesis**

Maestra Deyanira González de León Aguirre

**Comité Tutorial**

Doctora Monserrat A. Salas Valenzuela

Doctora Addis Abeba Salinas Urbina

Doctor José Arturo Granados Cosme

## CONTENIDO

1.	Introducción y propósitos	1
2.	Marco conceptual	3
2.1	El contexto del aborto a nivel regional, nacional y local	3
2.2	El aborto con medicamentos	13
2.3	El aborto con medicamentos: una mirada desde el feminismo y la categoría género	14
2.4	El acceso al aborto: un acercamiento desde el derecho a la salud	17
2.5	La experiencia de las mujeres en el uso del aborto con medicamentos	19
3.	Planteamiento del problema, preguntas de investigación y objetivos	22
4.	Metodología	24
5.	Resultados	31
6.	Discusión	46
7.	Conclusiones	52
8.	Propuestas	54
9.	Referencias bibliográficas	56
10.	Referencias hemerográficas	60
11.	Anexo	61

## AGRADECIMIENTOS

*Sólo es posible vivir si en la casa del corazón arde buen fuego...\**

Las páginas siguientes están dedicadas a todas las personas que dan fuego a mi corazón y que colaboraron con este proyecto que fue mucho más que un ejercicio académico.

A David, por apostar conmigo a amar a nuestra medida y acompañarnos en un sentido profundo.

A mi familia. A mi madre y mi padre porque me han dado raíces para sostenerme y alas para volar. A Alejandra y Raúl, por las travesuras de infancia y las complicidades de siempre. Crecer a su lado ha sido uno de los regalos más hermosos que me ha dado la vida.

A mis amigas Susana, Norma, Alondra, Soledad, Ceci, Fer, Chio, Aura, Jessy, Karen, Lú, Ale y Gaby, por sus abrazos en los días de risas y de llanto, porque en nuestros vínculos me encuentro y fortalezco permanentemente.

A Deyanira González de León y Monserrat Salas Valenzuela por su compromiso, enseñanzas, cariño y confianza. Por ayudarme a poner en orden las ideas que había en mi cabeza y concretar esta tesis. Porque fueron dos guías que me acompañaron permanentemente.

A Addis Abeba Salinas y Arturo Granados Cosme por leerme y retroalimentarme, por su entusiasmo para realizar este invaluable aporte, porque tenía muchas ganas de que fueran parte de esto.

A Manuel Outón y Ángeles Garduño porque su existencia significó mucho en mi paso por la maestría.

A las compañeras de Las Libres y del Fondo María por su apoyo y por el esfuerzo que hacen todos los días para que las mujeres ejerzan sus derechos.

Finalmente, agradezco a las valientes mujeres que al compartirme sus historias dieron vida a esta tesis y me inyectaron fuerza para seguir defendiendo que cada una de nosotras tenga el derecho a elegir la vida que desea.

---

\* Poema: Fe en ti sola, Alejandra. Alejandra Pizarnik

## CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITOS

La presente investigación examina las experiencias de mujeres que abortaron con medicamentos en el estado de Guanajuato y la Ciudad de México, a partir del análisis cualitativo de las entrevistas que sostuve con ellas entre diciembre de 2012 y marzo de 2013. La tesis se inscribe en el campo de la medicina social, ya que su objeto de estudio se vincula con el derecho de las mujeres a la salud, en particular con sus derechos en el marco de la salud sexual y reproductiva. El abordaje de la tesis se apoya en los enfoques del feminismo y de los derechos humanos.

El interés por documentar esas experiencias surgió de reconocer las desigualdades en el acceso al aborto legal y seguro que prevalecen en la actualidad. Si bien las modificaciones realizadas en 2007 al Código Penal y a la Ley de Salud de la Ciudad de México —que permiten la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) durante las primeras doce semanas de gestación— representan un gran avance en el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, la situación legal del aborto en el resto del país es compleja y preocupante. El Estado mexicano ha firmado y ratificado todos los tratados internacionales para promover, proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres, así como todos los acuerdos emanados de conferencias mundiales que reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Sin embargo, como respuesta a la despenalización del aborto en la Ciudad de México en los años recientes 17 entidades de la República Mexicana han modificado sus constituciones locales para *proteger la vida desde el momento de la concepción*. Esto ha propiciado el recrudescimiento de los estigmas sobre el aborto y la criminalización de las mujeres que recurren a él.

La desigualdad en el acceso al aborto legal y seguro no evita que las mujeres recurran a prácticas clandestinas que pueden poner en riesgo su salud y su vida, particularmente en el caso de las mujeres pobres. Además, esta desigualdad exacerba las inequidades entre las mujeres al negar a unas el derecho que a otras les ha sido reconocido legalmente.

Las diferencias entre los contextos de la Ciudad de México y Guanajuato son abismales. Mientras en la primera entidad las mujeres tienen acceso a la ILE durante las primeras doce semanas del embarazo, en Guanajuato —como en el resto del país— las leyes sobre el aborto siguen siendo marcadamente restrictivas. En Guanajuato, cuya Constitución local fue reformada en 2009, existen casos de mujeres procesadas penalmente por el *delito de aborto* y algunas por *homicidio en razón de parentesco*, debido a que el personal de salud que las atendió por complicaciones presentadas durante el proceso de aborto las denunció al *sospechar* que los abortos podrían haber sido inducidos (García, 2010).

Aunado a lo anterior, el hecho de que el aborto con medicamentos —también denominado *aborto médico* o *aborto farmacológico*— sea para las mujeres que viven en contextos de restricción legal una opción viable y segura para interrumpir el embarazo, así como el método más usado en los servicios públicos de salud de la Ciudad de México, afirmó mi inquietud por conocer las experiencias de mujeres que abortan con medicamentos con y sin la intervención de personal de salud, tanto en contextos legales como de restricción legal, para comparar sus experiencias y explorar si relacionaron esta práctica con el ejercicio de la autonomía sobre sus cuerpos y con su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Es importante señalar que en esta tesis hablo indistintamente de aborto e ILE, por considerar que cualquier interrupción del embarazo, independientemente del marco normativo, es un aborto y con la finalidad de contrarrestar el estigma social que puede representar para las mujeres la distinción que se hace entre una definición y otra.

En el capítulo 1 se presentan la introducción y los propósitos de este trabajo. En el capítulo dos se encuentra el marco conceptual de la tesis que incluye un panorama de la situación del aborto a nivel regional, nacional y local —la Ciudad de México y el estado de Guanajuato—, con información que permite caracterizar los distintos contextos a los que se enfrentan las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. El marco de referencia incluye conceptos relativos al aborto con medicamentos. En este capítulo me apoyo en las reflexiones planteadas desde el feminismo y la categoría género para argumentar por qué las decisiones relativas al aborto corresponden exclusivamente a las mujeres. Asimismo, retomo estos planteamientos para explicar cómo los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder al aborto legal y seguro son propiciados por un orden social patriarcal que les niega la autonomía sobre el propio cuerpo y que históricamente las ha colocado en una relación de subordinación respecto a los hombres.

El planteamiento del problema, las preguntas que guiaron la investigación y los objetivos de ésta son presentados en el Capítulo 3. La metodología se encuentra en el Capítulo 4, en el cual justifico la pertinencia del uso de técnicas cualitativas —concretamente entrevistas semiestructuradas—; expongo los criterios éticos que guiaron mi investigación; y detallo los cambios que sufrió el diseño inicial, los criterios de selección y la tipología de las mujeres, así como la estrategia que utilicé para establecer contacto con ellas. También explico los ámbitos de análisis definidos y la forma en que posteriormente presento los resultados.

En el Capítulo 5 presento los resultados de acuerdo con los siguientes ámbitos de análisis: contexto legal, intervención del personal de salud, presencia o ausencia de la pareja, acompañamiento, emociones, síntomas físicos, aborto como derecho y autonomía.

El Capítulo 6 corresponde a la discusión de los resultados, apoyando las reflexiones que me surgieron a partir del proceso de investigación en el análisis de autores/as que han trabajado sobre el tema del aborto como derecho.

Finalmente, en el Capítulo 7 expongo mis conclusiones y planteo algunas propuestas para contribuir a mejorar la atención a las mujeres que recurren al aborto con medicamentos.

## CAPÍTULO 2 MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. El contexto del aborto a nivel regional, nacional y local

#### a. El aborto en América Latina y el Caribe

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008 se practicaron 42 millones de abortos en el mundo, de los cuales 20 millones fueron ilegales. Alrededor del 86% de todos los abortos ilegales se practicaron en el mundo en desarrollo. El número de abortos inseguros durante ese mismo año se estimó en 21.6 millones, casi 2 millones más que en 2003. Casi la mitad de los abortos alrededor del mundo son inseguros y 98% ocurre en países en desarrollo. Asimismo, más del 99% de las muertes por complicaciones del aborto inseguro ocurren en estos países (World Health Organization, 2011).

Las muertes por aborto inseguro disminuyeron entre 2003 y 2008, de 56.000 a 47.000. No obstante, las complicaciones del aborto inseguro representaron el 13% de las muertes maternas a nivel mundial durante todo ese periodo. Además, cada año 5 millones de mujeres sufren consecuencias severas de los abortos inseguros, como hemorragias, peritonitis, choques sépticos, y lesiones en el útero y otros órganos abdominales; otros 5 millones de mujeres son afectadas por secuelas de los abortos inseguros, incluyendo infecciones del tracto reproductivo, enfermedad inflamatoria crónica e infertilidad (World Health Organization, 2011). De acuerdo con la OMS el aborto inseguro se define como:

*“(...) un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (Organización Mundial de la Salud, 2012:18).*

A pesar de que se ha reconocido la magnitud del aborto inseguro como problema de salud pública y de que en las décadas recientes ha habido una tendencia mundial hacia la liberalización de las leyes nacionales sobre el aborto, en muchos países existen barreras que limitan o impiden el acceso a servicios seguros para interrumpir el embarazo:

*“(...) A menudo dichas barreras se traducen en la penalización de quienes proveen los servicios de aborto, así como de aquellas mujeres que se someten al procedimiento. Incluso en contextos en que las leyes que regulan el aborto son liberales, la falta de claridad en la ley, la ausencia de financiamiento público para el servicio, las engorrosas barreras procedimentales, y la negativa de parte de los proveedores de servicios de salud a ofrecer abortos legales pueden, de hecho, privar a las mujeres del acceso a servicios de aborto seguro. Además, a medida que surgen nuevas tecnologías para la provisión de servicios de aborto, la mayoría de los gobiernos han demorado el acceso a éstas” (Centro de Derechos Reproductivos, 2008:47).*

La cita anterior tiene gran relevancia para ilustrar lo que ocurre en América Latina y el Caribe (ALC), ya que el número estimado de abortos que ocurren anualmente en la región aumentó entre 2003 y 2008, de 4.1 a 4.4 millones. Además, cerca de un millón de mujeres son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones de abortos inseguros (Singh y cols.; 2009; Sedgh y cols., 2012). La situación legal del aborto en la región es marcadamente restrictiva, lo cual explica la elevada tasa de abortos inseguros. Sólo en cuatro países —Cuba, Guyana, Puerto Rico y Uruguay— existen leyes que permiten el acceso legal al aborto sin restricciones. La Ciudad de México es la excepción en un país donde las leyes del resto de sus entidades federativas son restrictivas (Centro de Derechos Reproductivos, 2014). En el Cuadro 1 se presenta información sobre las causales para el aborto admitidas en los países de ALC.

**Cuadro 1. Situación legal del aborto en América Latina y El Caribe, 2014\***

País	Para salvar la vida de la mujer o prohibido totalmente	Para preservar la salud (y salvar la vida de la mujer)	Razones socioeconómicas (y salvar la vida de la mujer y preservar su salud)	Sin restricciones en cuanto a la razón
Antigua y Barbuda				
Brasil				
Chile	**			
Dominica				
El Salvador	**			
Guatemala				
Haití				
Honduras				
México				***
Nicaragua	**			
Panamá				
Paraguay				
República Dominicana				
Venezuela				
Argentina				
Bahamas				
Bolivia				
Colombia				
Costa Rica				
Ecuador				
Granada				
Jamaica				
Perú				
San Cristóbal y Nieves				
Santa Lucía				
Trinidad y Tobago				
Barbados				
Belice				
San Vicente y Granadinas				
Cuba				
Guyana				
Puerto Rico				
Uruguay				

\* Los países incluidos son Estados independientes cuyas poblaciones rebasan el millón de habitantes.

\*\* Totalmente prohibido

\*\*\* Sólo en la Ciudad de México.

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Centro de Derechos Reproductivos (2014).

Por otro lado, la siguiente cita expresa con gran claridad la situación particular del aborto en la región de ALC:

*“(…) el subregistro, las limitaciones desde la legislación, la deficiencia de perspectivas de análisis de la problemática dentro del contexto de la salud pública, la evidencia de que se trata de una problemática de magnitud considerable, y la escasez de miradas integrales acerca de la vivencia del aborto por parte de las mujeres, marcan el contexto del aborto inducido en América Latina” (Lafaurie y cols., 2005:10).*

De acuerdo con la OMS, la tasa anual de abortos inseguros para toda la región fue de 31 por cada mil mujeres de 15 a 44 años en 2008, lo que implica que ALC es la región del mundo que tiene la tasa más alta; a nivel mundial, la tasa se estimó en 14 por cada mil mujeres, mientras en África fue de 28, en Asia de 11, en Oceanía de 8 y en Europa de 2 (World Health Organization, 2011). Por otro lado, se calcula que de los 4.4 millones de abortos realizados en la región en 2008, el 95% fueron inseguros (Singh, 2009).

Cerca de un millón de mujeres son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones de abortos inseguros y se calcula que entre 10 y 20% del total de las mujeres que abortan no reciben atención médica cuando sufren complicaciones. Se sabe, además, que los servicios de atención post aborto en la región son en general de mala calidad. En 2008, el 12% de todas las muertes maternas en ALC se debió a complicaciones del aborto inseguro. (World Health Organization, 2011).

## **b. El aborto en México**

Las restricciones legales del contexto mexicano se asocian, al igual que en otros países de la región latinoamericana, con la injusticia social y con la violencia de género que propicia que las mujeres que carecen de condiciones económicas y redes de apoyo para acceder a servicios de aborto seguro arriesguen su salud y sus vidas o enfrenten procesos penales (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013).

En el presente, sólo la Ciudad de México tiene una legislación que despenaliza el aborto y lo permite a solicitud de la mujer durante las primeras doce semanas del embarazo. En el resto de los estados del país, las leyes son marcadamente restrictivas y la posibilidad de que una mujer obtenga la autorización para un aborto legal es muy limitada. Cada estado tiene su propia legislación sobre el aborto y considera diferentes causales: violación, riesgo para la vida de la mujer, aborto imprudencial o culposo, inseminación artificial no consentida y razones socioeconómicas:

*“El aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación sexual, es la única causal legal que existe en todo el país; en diez\* estados de la República se establece expresamente que durante el primer trimestre del embarazo se puede llevar a cabo el aborto por esta causal, mientras que en las 22 entidades restantes no existe tal disposición, es decir, no se establecen plazos para la interrupción, hecho que protege los derechos humanos pues permite a las mujeres a las que se les presenten situaciones que pongan en peligro su salud o su vida, decidir no continuar con el embarazo sin presión de plazos” (Grupo de Información en Reproducción Elegida; 2013:20).*

En el Cuadro 2 se presenta información sobre las causales para el aborto admitidas en los códigos penales de los estados de la República Mexicana.

---

\*Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Hidalgo, Oaxaca, Quintana Roo y Veracruz.

**Cuadro 2. Causales para el aborto legal según estados de la República Mexicana, 2014**

Causales	Entidades
Violación	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas
Imprudencial o culposo	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas
Peligro de muerte	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Estado de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas
Grave daño a la salud	Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México, Colima, Chihuahua, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas.
Alteraciones genéticas o congénitas graves del producto	Baja California Sur, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán
Inseminación artificial no consentida	Baja California, Baja California Sur, Ciudad de México, Colima, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz
Causas económicas graves y justificadas siempre que la mujer embarazada tenga cuando menos 3 hijos	Yucatán
Voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación	Ciudad de México

Fuente: Elaboración propia con base en información del Grupo de Información en Reproducción Elegida (2013).

Por otro lado, a partir de 2008, 17 estados han modificado sus constituciones locales para proteger la vida desde el momento de la concepción; la última reforma se aprobó en el estado de Veracruz en 2016. Cabe aclarar que el estado de Chihuahua reformó su constitución en este mismo sentido en 1994 (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Estados de la República Mexicana que han reformado sus constituciones locales para proteger la vida desde la concepción y fecha de las reformas \***

Estado	Fecha de la reforma
Baja California	26 de diciembre, 2008
Morelos	11 de diciembre, 2008
Colima	12 de marzo, 2009
Sonora	6 de abril, 2009
Quintana Roo	15 de mayo, 2009
Guanajuato	26 de mayo, 2009
Durango	31 de mayo, 2009
Puebla	3 de junio, 2009
Nayarit	6 de junio, 2009
Jalisco	2 de julio, 2009
Yucatán	7 de agosto, 2009
San Luis Potosí	3 de septiembre, 2009
Querétaro	18 de septiembre, 2009
Oaxaca	11 de septiembre, 2009
Chiapas	20 de enero, 2010
Tamaulipas	23 de diciembre, 2010
Veracruz**	21 de enero 2016

\* No se incluye el estado de Chihuahua, cuya modificación constitucional ocurrió en octubre de 1994.

\*\* La información sobre el estado de Veracruz se obtuvo de la prensa y no de la fuente citada para el resto de los estados.

Fuente: Elaboración propia con base en información del Grupo de Información en Reproducción Elegida (2013).

La intención de estas reformas, inspiradas en principios de corte religioso, fue obstaculizar iniciativas de despenalización del aborto en otros estados del país. Si bien estas reformas en general no han modificado las causales para el aborto legal, en la práctica se han traducido en incertidumbre de tipo jurídico para los prestadores de servicios de salud y en denuncias de mujeres que buscan atención por complicaciones del aborto, y en la criminalización de mujeres que interrumpen el embarazo o que tuvieron abortos espontáneos. Es así que afectan gravemente la vida, la salud y la integridad de las mujeres, ya que incrementan la discriminación y el riesgo de violencia contra ellas. Por otro lado, estas reformas constitucionales, que consideran al óvulo fecundado como un individuo con derechos, pueden también afectar otros derechos reproductivos como el acceso a técnicas de reproducción in vitro, en el caso de mujeres y parejas con problemas de infertilidad, o derivar en la prohibición de la investigación con embriones para fines terapéuticos (Grupo de información en Reproducción Elegida, 2012).

El aborto inseguro es una importante causa de mortalidad materna en el país. Se estima que entre 1990 y 2005 murieron 21,464 mujeres por causas maternas. De ese total de muertes, 1,537 se debieron al aborto y sus complicaciones, lo cual representó el 7.2% de todas las muertes maternas durante ese periodo. En 2005 el aborto representaba la quinta causa de muerte materna a nivel nacional. Es importante señalar que 45% de las

muerter correspondió a mujeres jóvenes, incluyendo adolescentes de 15 a 19 años, y que 64% a mujeres sin seguridad social; el 13% de todas las muertes atribuidas al aborto inseguro ocurrieron entre adolescentes en el periodo 1990-2005 (Schiavon, 2007), lo cual pone en evidencia que las restricciones legales para el acceso al aborto seguro perjudican a las mujeres más pobres. En 2005, la “letalidad” del aborto inseguro en México fue de 52 muertes por cada 100 mil hospitalizaciones por esta causa, es decir, 100 veces mayor que en Estados Unidos (Schiavon, 2009).

El informe *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias* (Juárez, 2013) ofrece estimaciones del aborto inducido para el año 2009 entre las que destacan las siguientes:

- La incidencia del aborto inducido en México es alta y ha aumentado en años recientes. El número de mujeres que anualmente recurrieron al aborto entre 1990 y 2006 aumentó de más de 500,000 a 875.000; en 2009 el número de abortos inducidos se estimó en 1 millón.
- El 54% de los embarazos no planeados y no deseados terminaron en abortos inducidos.
- La tasa de aborto inducido fue de 38 por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años, tasa superior a la de 32 estimada para la región de ALC. La mayor tasa se observa en mujeres jóvenes de 20–24 años, con 55 por cada 1,000 mujeres.
- 36% de las mujeres que abortan sufren complicaciones que requieren atención médica.
- 16% de las mujeres que tuvieron abortos inducidos fueron atendidas en hospitales públicos por complicaciones.
- La proporción de abortos con complicaciones aumenta de manera uniforme a mayor pobreza y residencia rural, variando desde 26% entre mujeres urbanas no pobres hasta 45% entre mujeres rurales pobres.
- El número anual de mujeres atendidas en hospitales públicos por complicaciones del aborto aumentó 40% entre 1990 y 2006. En 2009 alrededor de 159,000 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones del aborto inseguro.
- Más de un tercio de las mujeres que abortan sufren complicaciones, con la proporción más alta, de 45%, en mujeres que viven en áreas rurales pobres.
- Se estima que alrededor del 29% de los abortos en México involucran el uso de misoprostol.

Otro estudio encontró que 44% de todos los abortos reportados en 2006 fueron inducidos, de los cuales 16.5% fueron inseguros (Sousa y cols., 2009).

### **c. El aborto en la Ciudad de México**

La Ciudad de México cuenta con una ley que despenalizó el aborto en 2007 y lo permite hasta la semana 12 de gestación. Sin embargo, antes de la promulgación de esta ley la Ciudad de México tenía la legislación más restrictiva del país, ya que el aborto sólo estaba permitido bajo tres causales: riesgo para la vida de la mujer, aborto imprudencial o culposo y cuando el embarazo era consecuencia de una violación (Lamas, 2009).

De acuerdo con Lamas (2009), la despenalización del aborto en 2007 fue posible gracias a diversos factores: la mayoría absoluta del Partido de la Revolución Democrática en la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México; el trabajo y el activismo sostenido por las organizaciones feministas; el precedente que sentó el Caso *Paulina*, una adolescente obligada a llevar a término un embarazo resultado de violación en Baja California; el intento del Partido Acción Nacional de modificar el Código Penal del estado de Guanajuato para eliminar la violación como causal para el aborto; y las modificaciones al Código Penal del Distrito Federal en el año 2000 que ampliaron las causales para el aborto legal en casos de violación, grave riesgo para la salud de la mujer; malformaciones graves del producto, e inseminación artificial no consentida.

El 24 de abril de 2007 se aprobaron las modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal (Gaceta Oficial Del Distrito Federal, 2007), en las que se establece que:

- El aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.
- El embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.
- Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aun cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado.
- La salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario y los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

La puesta en marcha del Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el Distrito Federal enfrentó retos importantes, tales como insuficiencia de personal capacitado, falta de recursos financieros, la existencia de una gran cantidad de personal objetor de conciencia, estigmatización hacia quienes proporcionaban los servicios y cargas de trabajo excesivas debido al incremento de las mujeres que buscaban los servicios (Contreras y cols., 2011). Sin embargo, entre abril de 2007 y agosto de 2016 se realizaron 164,939 ILE en servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2016).

El perfil de las mujeres que han recibido servicios de ILE en la Ciudad de México se presenta en el Cuadro 4. Como se observa en este cuadro, las ILE se han practicado de acuerdo con las recomendaciones vigentes a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud, 2012), ya que la mayoría se realizó en mujeres con una edad gestacional temprana (hasta las 9 semanas de embarazo) y usando los métodos que ofrecen mayor eficacia y seguridad, que son la aspiración endouterina —manual (AMEU) o eléctrica— y el aborto con medicamentos. Este hecho concuerda con lo que ocurre en los países desarrollados, donde más del 90% de los abortos se practica tempranamente dentro del primer trimestre del embarazo, por personal capacitado, usando métodos eficaces y seguros, y en instalaciones equipadas adecuadamente. Bajo estas condiciones, el riesgo de complicaciones y de muertes es extremadamente bajo (Templeton y Grimes, 2011).

**Cuadro 4. Perfil de las mujeres que se han realizado una ILE en servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, entre abril de 2007 y agosto de 2016**

Lugar de residencia %	Escolaridad %	Estado Civil %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distrito Federal: 72.5</li> <li>• Estado de México: 24.1</li> <li>• Otros estados: 3.3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria: 7.9</li> <li>• Secundaria: 32.9</li> <li>• Preparatoria: 39.9</li> <li>• Educación superior: 17.3</li> <li>• Educación técnica: 0.3</li> <li>• Ninguna: 1.7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera: 53.3</li> <li>• Casada: 14.1</li> <li>• Unión libre: 28.1</li> <li>• Divorciada: 3.2</li> <li>• Viuda: 0.3</li> <li>• No especificado: 0.8</li> </ul>
Edad %	Ocupación %	Paridad %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11-14: 0.7</li> <li>• 15-17: 4.9</li> <li>• 18-24: 47.1</li> <li>• 25-29: 22.6</li> <li>• 30-34: 13.5</li> <li>• 35-39: 7.9</li> <li>• 40-44: 2.9</li> <li>• 45-54: 0.5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogar: 34.8</li> <li>• Estudiante: 25.1</li> <li>• Empleada: 24.2</li> <li>• Desempleada: 5.3</li> <li>• Comerciante: 4.9</li> <li>• Otra: 3.9</li> <li>• Trabajadora doméstica: 0.8</li> <li>• Profesionista: 0.7</li> <li>• Obrera: 0.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin hijos/as: 34.7</li> <li>• 1: 26.5</li> <li>• 2: 22.8</li> <li>• 3: 10.3</li> <li>• Más de 3: 5.7</li> </ul>
Edad gestacional (semanas) %	Anticoncepción post-ILE %	Método para la ILE %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 4: 5</li> <li>• 5 a 9: 77.5</li> <li>• 10-12: 17.5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro: 32.2</li> <li>• DIU: 22.4</li> <li>• Condón: 17.6</li> <li>• No aceptó: 10.1</li> <li>• Pastillas: 9.1</li> <li>• Inyectables: 6.5</li> <li>• OTB: 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos: 74.7</li> <li>• Aspiración manual: 23.4</li> <li>• Legrado instrumental: 1.9</li> </ul>
Religión %	Reincidencia %	Otros datos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica: 62.1</li> <li>• Ninguna: 33.2</li> <li>• Cristiana: 2.5</li> <li>• Otra: 2.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de una ILE: 5.9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ILE en menores de 18 años: 10,187, 6.29%</li> <li>• No. de médicos y enfermeras en el Programa de ILE: 40</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con información del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE: [www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx)), recabada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal (2016).

#### d. El aborto en Guanajuato

Guanajuato es una de las entidades más conservadoras del país, caracterizándose como un estado donde se han cometido acciones u omisiones que vulneran seriamente los derechos humanos de las mujeres. Tal es el caso de la iniciativa aprobada en el año 2000 por diputados del Partido Acción Nacional que eliminó del Código Penal del estado el artículo que permitía el aborto en casos de violación. Este suceso tuvo una gran repercusión en los medios de comunicación, tanto nacionales como extranjeros. La presión de los medios y la inconformidad manifestada por la sociedad civil obligó al entonces gobernador de Guanajuato —que pertenecía al Partido Acción Nacional— a vetar la reforma al Código Penal (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2008).

Otras manifestaciones del conservadurismo en Guanajuato son la reforma a la Constitución local, aprobada en mayo de 2009, para proteger la vida desde el momento de la concepción, así como el retiro de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) de las farmacias gubernamentales y las limitaciones para su venta al público en noviembre del mismo año (Álvarez, 2009). Tales medidas son muestra de la reacción de un estado conservador frente a la despenalización del aborto en la Ciudad de México en 2007, como lo es también el recrudescimiento de los estigmas hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo y aun para algunas que habiendo vivido un aborto espontáneo fueron procesadas y encarceladas, acusándolas de *homicidio en razón de parentesco*, como sucedió en el caso de seis mujeres.

La reforma y adición al Artículo 1º de la Constitución Política del Estado de Guanajuato de mayo de 2009 indica que:

*“(...) Para los efectos de esta Constitución y de las leyes que de ella emanen, persona es todo ser humano desde su concepción hasta su muerte natural; y el Estado le garantizará el pleno goce y ejercicio de todos sus derechos”* (Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato, 2009).

La reforma no eliminó las dos causales existentes para el aborto del código penal estatal: cuando el embarazo es producto de violación y cuando el aborto se produce por imprudencia de la mujer (aborto imprudencial o culposo). Sin embargo, el informe *Víctimas por Partida Doble*, elaborado por Human Rights Watch, señala que la denuncia por violación y la solicitud expresa de una interrupción del embarazo ante las autoridades competentes no garantiza que las mujeres tengan acceso a ésta, lo que implica someterlas a *“(...) una segunda violación perpetrada tanto por el sistema de justicia y como por el de salud”* (Human Rights Watch, 2006:2). El Código Penal del Estado de Guanajuato establece que:

- Aborto es la muerte provocada del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.
- A la mujer que provoque o consienta su aborto, se le impondrá de seis meses a tres años de prisión y de cinco a treinta días multa.
- A quien cause el aborto con el consentimiento de la mujer, se le impondrá de uno a tres años de prisión y de diez a treinta días multa.
- No es punible el aborto cuando sea causado por culpa de la mujer embarazada ni el procurado o consentido por ella cuando el embarazo sea el resultado de una violación.

La situación de Guanajuato ha generado la preocupación de grupos de la sociedad civil de todo el país y de representantes de organizaciones internacionales como Human Rights Watch, quienes en 2009 dirigieron una carta al gobernador del estado señalando lo siguiente:

*“(...) profunda inquietud por la situación de derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres de Guanajuato, en particular la falta de acceso al aborto seguro y legal en casos de violación y el procesamiento*

*de pacientes que acuden a hospitales públicos con cuadros de aborto séptico. Nos preocupa asimismo la exigua cantidad de procesamientos y condenas por violación y violencia sexual que registra Guanajuato*".<sup>1</sup>

Dicha situación no ha cesado. Según Verónica Cruz, directora de la organización Las Libres, "(...) entre 2010 y 2014 las denuncias por violación se incrementaron en Guanajuato 50 por ciento. En ese periodo la procuraduría estatal integró 2 mil 382 averiguaciones previas, de acuerdo con el Sistema Nacional de Seguridad Pública". Por otro lado, las mujeres no tienen acceso al aborto seguro aun en casos de violación debido a que la entidad carece de la reglamentación necesaria para asegurarles este derecho (García, 2015).

### **e. El personal de salud y el aborto**

Como ya se ha mencionado, las mujeres recurren al aborto a pesar de las restricciones legales lo que implica que el personal de salud tiene que atender a mujeres que abortaron al margen de la ley. Esta situación a menudo entra en contradicción con las creencias personales de los/las profesionales de la salud y les enfrenta con su responsabilidad profesional de atender a personas que transgredieron las leyes que regulan el aborto:

*"(...) en el marco normativo mexicano existen serias contradicciones entre el deber del personal médico de guardar el secreto profesional y la obligación de denunciar hechos que puedan ser ilícitos (...) dichas contradicciones implican incertidumbre jurídica para quienes prestan servicios de salud, pues no queda claro cómo actuarán las autoridades, lo cual puede traer como consecuencia que la aplicación de la ley dependa de los criterios personales de las personas facultadas para ello y no de obligaciones jurídicas. Además, el riesgo para las y los profesionales de la salud, esta ambigüedad normativa obstaculiza el acceso de las mujeres a servicios de salud que sólo ellas requieren"* (Grupo de información en Reproducción Elegida, 2012b: 51).

A nivel nacional se calcula que 679 mujeres fueron denunciadas por el *delito de aborto* entre 2009 y 2011; muchas de estas denuncias fueron realizadas por personal de servicios públicos de salud (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013). Es importante considerar que si bien el contexto legal genera ambigüedades que pueden afectar el acceso de las mujeres al aborto seguro, la experiencia de la Ciudad de México permite afirmar que el contexto legal por sí solo no garantiza que el personal de salud esté de acuerdo con ofrecer este tipo de servicios. De ello da cuenta un estudio cualitativo que analizó las experiencias y opiniones del personal de salud de los servicios del Gobierno del Distrito Federal (Contreras y cols., 2011). Entre las experiencias y opiniones recabadas destacan las siguientes:

- La ambivalencia frente al Programa de ILE, ya que si bien muchos/as profesionales reconocieron sus beneficios para las mujeres externaron que éstas no toman con suficiente responsabilidad el uso de anticonceptivos.
- Haber experimentado perturbación debido a que las mujeres, que al inicio del Programa llegaban con sentimientos de culpa y vergüenza, con el tiempo adoptaron actitudes más seguras frente a sus derechos.
- Tener sentimientos contradictorios frente a sus creencias religiosas y frente a los principios éticos de la atención médica aprendidos durante su formación profesional.
- Atestiguar cómo personal que no está involucrado directamente en los servicios de ILE se declaró objetor. Por ejemplo, radiólogos que se negaron a realizar ultrasonidos obligando a las mujeres a pagar

---

<sup>1</sup> Ver la carta en: <http://www.hrw.org/es/news/2009/03/05/carta-al-gobernador-del-estado-de-guanajuato-m-xico>

servicios privados como condición para recibir el servicio.

- Saber que profesionales que se declararon objetores ofrecían servicios de aborto en sus consultorios privados, obteniendo ganancias económicas y evidenciando una doble moral.

Para enfrentar lo anterior, la Secretaría de Salud del Distrito Federal organizó, en colaboración con organizaciones de la sociedad civil, actividades de sensibilización y capacitación para crear conciencia en el personal y ofrecerle los conocimientos necesarios para ofrecer servicios de ILE. Al respecto, quienes participaron en esas actividades señalaron que la capacitación fue de gran utilidad para desempeñar su trabajo; en particular reconocieron los beneficios del aborto con medicamentos, ya que permitió reducir las cargas de trabajo y superar las dificultades provocadas por el personal objetor (Contreras y cols., 2011).

## 2.2. El aborto con medicamentos

La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable, es decir antes de que pueda sobrevivir por sí mismo fuera del útero. Un aborto puede ocurrir de manera espontánea o ser inducido y clasificarse en seguro o inseguro; este último se define como,

*“(...) un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”* (Organización Mundial de la Salud, 2012:18).

La atención del aborto incluye métodos quirúrgicos y farmacológicos. En el primer grupo encontramos la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el Legrado Uterino Instrumental (LUI); mientras que en el segundo se encuentra el uso de diferentes medicamentos, como son la Mifepristona (también llamada píldora abortiva, píldora francesa o RU-486), el Metotrexate y el Misoprostol, estos se administran siguiendo regímenes de tratamiento ya establecidos.

La aspiración endouterina --manual o eléctrica— y el aborto con medicamentos --también conocido como aborto farmacológico o aborto medicamentoso— son en la actualidad los métodos de elección recomendados por la Organización Mundial de la Salud (2012) para la interrupción temprana del embarazo, debido a sus altos niveles de seguridad y efectividad, y a que pueden ofrecerse en servicios ambulatorios.

Ahora bien, la idea de inducir el aborto sin utilizar instrumentos no es nueva. Los primeros intentos por interrumpir un embarazo con medicamentos se llevaron a cabo a mediados del siglo pasado. El *Cytotec*, nombre comercial del Misoprostol, comenzó a venderse en la década de 1980 como tratamiento para la úlcera péptica, contraindicado en mujeres embarazadas debido a que podría provocar contracciones uterinas y abortos. Posteriormente, al identificar que podría usarse para interrumpir un embarazo el personal que laboraba en las farmacias, principalmente en Brasil, lo vendió para tales fines. Esto dio como resultado una caída de su utilización en la primera mitad de la década del 90, lo que llevó al surgimiento de un mercado negro importante (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2007: 9). Al mismo tiempo, se comenzaron a hacer estudios para evaluar su uso en la inducción del parto y el aborto y el conocimiento de su efectividad para inducir abortos se difundió rápidamente entre la población, desde entonces ha sido utilizado por las mujeres para la auto-inducción del aborto.

Actualmente, el régimen recomendado para el aborto con medicamentos es la combinación de mifepristona con misoprostol debido a que produce un aborto completo en más del 96% de los casos (Organización Mundial de la Salud, 2008). Sin embargo, la OMS señala también que donde no se disponga de mifepristona, el esquema

recomendado para el aborto con medicamentos es 800mg de misoprostol por vía vaginal o sublingual para embarazos de hasta 12 semanas (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La tasa de éxito del aborto con medicamentos con misoprostol es de alrededor del 90% cuando se administra por estas vías a mujeres con embarazos del primer trimestre y en la mayoría de los casos, la evacuación del contenido uterino ocurre en las 24 horas posteriores a la dosis inicial del medicamento, pero puede demorar hasta 72 horas; la duración del período para que el aborto se complete varía en función de la vía de administración, de las dosis usadas y de los intervalos entre éstas. Como puede apreciarse en los datos anteriores, al igual que en otros materiales consultados, como el de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (2010), el uso del misoprostol se recomienda hasta la semana doce.

En el estudio titulado *El aborto con medicamentos en América Latina* (Lafaurie y cols., 2005) se señala que la interrupción del embarazo con este método parece incidir en la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad maternas y que éste se ha convertido, con y sin supervisión médica, en un procedimiento ampliamente reconocido y utilizado por las mujeres. Sin embargo, el estudio también señala que se dispone de muy pocos estudios en la región que documenten esta reducción, aun habiendo evidencias sobre el aumento de su uso en diferentes países. En el caso de México, el acceso a la mifepristona está limitado a la Ciudad de México, en donde está registrada desde 2011 y es parte de la lista de medicamentos esenciales del sistema local de salud. Antes de 2011, los abortos con medicamentos se realizaban bajo el régimen de misoprostol solo, el cual se ha convertido en una opción para muchas mujeres que viven en el resto del país. En el Cuadro 5 se presentan las dosis recomendadas para el uso de estos medicamentos.

**Cuadro 5. Dosis recomendadas para el aborto con medicamentos**

<b>Combinación mifepristona / misoprostol</b>	<b>Misoprostol solo</b>
200 mg de mifepristona vía oral, seguidos a las 36-48 horas por 0.8mg de misoprostol vía vaginal	Para embarazos de hasta 12 semanas: 800 mg de misoprostol vía vaginal o sublingual. Pueden administrarse hasta tres dosis de 800 mg con intervalos de al menos 3 horas, pero no durante más de 12 horas

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Organización Mundial de la Salud (2012).

### **2.3. El aborto con medicamentos: una mirada desde el feminismo y la categoría género**

Como movimiento social y político, el feminismo ha logrado dar visibilidad a la situación de subordinación que enfrentan las mujeres y al papel que juegan las instituciones del Estado en el mantenimiento de la desigualdad de género. El feminismo ha señalado que el cuerpo de las mujeres es un territorio en el que la religión, la familia, el mercado y el saber médico han inscrito una serie de normas que refuerzan el lugar que la división sexual del trabajo les ha otorgado; es decir, un lugar que las delega a los espacios privados exaltando su papel en la sociedad como base fundamental de la familia, como madres y esposas.

Diversas disciplinas y otros movimientos sociales han visibilizado los problemas y necesidades de las mujeres, pero *“(...) ha sido el feminismo la contribución más significativa en la reflexión sobre la condición de la mujer, y lo ha caracterizado esta creación de conocimientos que surge y se recrea en la voluntad de transformarla”*

(Lagarde, 1990: 30).

Por otro lado, el feminismo ha construido un cuerpo teórico que permite, a través de sus categorías de análisis, explicar la situación de subordinación que enfrentan las mujeres. Las feministas han planteado propuestas metodológicas en las que retoman la importancia de la subjetividad para estudiar los problemas de las mujeres en distintos ámbitos, entendiéndola como la concepción del mundo y de la propia vida que tiene cada persona, la cual es construida a partir de las normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, ya sean éstas conscientes o inconscientes (Falquet, 2005). Así mismo, las feministas han encabezado movilizaciones ciudadanas para exigir que los gobiernos garanticen el ejercicio de sus derechos humanos.

En este trabajo retomo al género como categoría central de análisis, dados sus innegables aportes en el ámbito académico, en el diseño de leyes y protocolos de atención, y en la implementación de políticas públicas que favorecen el ejercicio de los derechos de las mujeres. A partir de esta categoría ha sido posible explicar el origen y las consecuencias de la subordinación que enfrentan las mujeres, así como mostrar que la situación de las mujeres es un reflejo de las relaciones estructurales de poder y por ende un asunto público frente al cual el Estado tiene obligaciones. La categoría género permite analizar “(...) *la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas a partir de sus cuerpos*” (Lamas, 2002: 52).

Según Saletti (2008), a lo largo de la historia se han implementado diversos dispositivos para *naturalizar la maternidad*, los cuales incluyen desde la mirada de ésta como algo intrínseco a las mujeres hasta la exaltación de la lactancia materna y los cuidados, pasando así del instinto materno al amor materno, como construcciones sociales aprendidas y reproducidas por las mujeres:

*“Al designar el ser madre como un hecho estrictamente natural, la ideología patriarcal sitúa a las mujeres dentro del ámbito de la reproducción biológica, negando su identidad fuera de la función materna. El deseo de las mujeres no cuenta, porque se supone integrado en el orden de los discursos legitimados del sistema. El hecho de que seamos las mujeres las que parimos es invariable; esta posibilidad biológica de las mujeres se convierte en un mandato social a través de la afirmación del instinto materno universal en las mujeres. Dicha afirmación garantizará que se asuma -y que ella misma asuma- que tiene la obligación de ser madre, y en segundo lugar, que gracias a ese instinto la maternidad biológica se transforme en maternidad sociológica, en hecho social, logrando que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en la base del sometimiento femenino”* (Saletti, 2008: 174).

De acuerdo con Falquet (2005), dos hechos dominan la apropiación del cuerpo y el trabajo de las mujeres; el primero es un hecho material basado en las relaciones de poder entre mujeres y hombres y el segundo un hecho ideológico que alude a “(...) *la idea de ‘naturaleza’, esa ‘naturaleza’ que supuestamente da cuenta de lo que serían las mujeres*” (Falquet, 2005:23).

Por otro lado, Saletti (2008) enfatiza la necesidad de desmontar la existencia del *mito maternal* que da por sentado que las conductas de las mujeres están dictadas por principios ahistóricos e inmutables, y propone desnaturalizar la maternidad para mostrarla como una construcción social y dar cabida a los distintos deseos y decisiones de las mujeres.

Lo anterior permite comprender el rechazo social frente a la interrupción del embarazo y por qué las mujeres que deciden abortar enfrentan, en mayor o menor medida, sentimientos ambivalentes derivados de sus propios cuestionamientos, pero sobre todo de los de otras personas. Sin embargo, aun con las complejidades emocionales y de contexto que enfrentan, muchas mujeres deciden abortar transgrediendo las normas del

sistema patriarcal, adueñándose de sus cuerpos y de sus vidas.<sup>2</sup>

Por ello, cuando los planteamientos feministas revelan el carácter socialmente construido de la maternidad y de los discursos que lo avalan evidencian que ésta es sólo una opción y que como tal no es generalizable. Es decir, se rompe el binomio mujer/madre y se abre la posibilidad de que las mujeres se replanteen su deseo de ejercer la maternidad, ya sea en un momento determinado de su vida o de manera permanente.

Ahora bien, las mujeres que toman la decisión de interrumpir un embarazo tienen que hacer frente a los obstáculos y las limitaciones que existen en sus contextos, ya que la exaltación de la maternidad y la condena del aborto propicia que se les estigmatice y criminalice a través de los discursos institucionales y sus normas: “(...) *No olvidemos que el cuerpo es el territorio donde, por excelencia, se inscribe la normatividad y como tal representa un espacio de tensión y conflicto*” (Lafaurie et al., 2005:51).

Belausteguigoitia (2009) afirma que el cuerpo es un territorio, un espacio que nos ha tocado conquistar, y que el feminismo ha dado lugar al deseo de la mujer más allá de la maternidad. En otras palabras, se trata de que las mujeres puedan ejercer plenamente su autonomía y sus derechos humanos:

*“(...) se trata de la posibilidad de que la mujer sea dueña de su propio cuerpo, de su matriz, de sus músculos, de sus poses y posturas, del vientre, de la posibilidad de comprometerse —de por vida— con otro ser humano. En suma, que sea dueña de mirarse a sí misma” (:77).*

Para Brown y colaboradores (2013), la noción de autonomía sobre el cuerpo implica actuar como primer agente causal en la propia vida, tomar decisiones y hacer elecciones libres de influencias o interferencias externas. Frente a la pregunta ¿en qué consiste decidir sobre el propio cuerpo? Lamas señala que estas decisiones consisten lo siguiente:

*(...) en la posibilidad de usar la libertad para tomar decisiones autónomas, algunas con apoyo del Estado. Esto abarca una variedad de cuestiones, unas que ya se realizan «por la libre», otras que se aceptan y cuentan con aprobación del Estado, y otras más que todavía son «ilegales»” (Lamas, 2007:43).*

Las conceptualizaciones de Brown y Lamas tienen en común las ideas de libertad y autodeterminación, ambas enfatizan el poder de elección que tiene cada persona. Ahora bien, en la primera se habla de que tales definiciones son libres de influencias o interferencias externas, mientras en la segunda se alude a la aprobación o desaprobación del Estado. Con base en la información presentada hasta el momento y aplicando estas ideas al tema de aborto con medicamentos, parece pertinente discutir ambas posturas. Por un lado, es difícil pensar que el contexto legal, económico, familiar y de pareja que enfrentan las mujeres no influya en sus decisiones sobre el aborto mientras, por otro lado, sería necesario definir los límites de la aprobación del Estado frente a una decisión que pasa por la libertad de decidir sobre el propio cuerpo.

Lo que está en juego en el debate sobre lo público y lo privado, dice Lamas (2014), es definir qué decisiones de las y los ciudadanos atañen a su exclusiva competencia, aunque también requieran de la intervención por parte del Estado. Esta cuestión es fundamental cuando hablamos del aborto con medicamentos, ya que si bien es cierto que éste es una decisión personal los gobiernos -como se argumenta en el siguiente capítulo- son responsables de garantizar el bienestar físico y emocional de las mujeres.

Si bien las decisiones de las mujeres se toman en el marco de un determinado contexto social y legal, la autonomía para tomar decisiones sobre sus cuerpos no puede ser condicionada, ya que,

---

<sup>2</sup> De acuerdo con Marcela Lagarde (1990), el patriarcado es un orden social genérico de poder basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Este orden legitima la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre las mujeres y lo femenino.

*“(...) el derecho a la autonomía personal se concreta fundamentalmente en el derecho a la libertad sexual y reproductiva, y de manera muy general, en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, o bien, en el derecho a planear y decidir su propio plan de vida y realizarlo” (Casado y cols., 2014: 21).*

## **2.4. El acceso al aborto: un acercamiento desde el derecho a la salud**

Como señalé en la introducción, esta investigación se inscribe en el ámbito de la medicina social. Por lo tanto, es importante subrayar que el aborto puede considerarse un hecho individual sólo en la medida en que se concreta en una persona. Por ello, hablar del aborto como un problema social y de salud pública implica reconocer el contexto político, económico y cultural en el que viven las mujeres que deciden abortar. Esto implica romper con la mirada de la medicina hegemónica que se limita al análisis individual y que oculta las desigualdades entre las mujeres.

Desde una mirada reduccionista podría argumentarse que en la actualidad las mujeres cuentan con información que les permite evitar los embarazos no deseados y, por lo tanto, los abortos. Sin embargo, esta aseveración no considera los diversos elementos que propician los embarazos no deseados, como la falta de educación sexual, la situación económica que enfrentan, las barreras para el acceso a los servicios de salud y a la anticoncepción, o los distintos tipos y modalidades de violencia a las que se enfrentan, incluida la violencia sexual.

En otras palabras, es importante dejar de mirar a la salud sólo como la ausencia de enfermedad y asumir, como señala Laurel, que:

*“(...) la salud-enfermedad es un proceso social con articulación en los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad; por lo tanto, debe entenderse como un derecho que se construye en los espacios sociales y que se encuentra en interrelación con otros derechos como la educación, el trabajo, la vivienda (...)” (Laurell, 1986: 5).*

Por otro lado, desde la medicina hegemónica se han creado discursos que legitiman el embarazo y la maternidad como un mandato para las mujeres y que dan por hecho que un embarazo debe culminar siempre en un nacimiento supeditando sus decisiones a un proceso biológico. Tal es el caso de los argumentos para sustentar las reformas constitucionales para proteger la vida desde el momento de la concepción, aprobadas en 16 entidades del país. En dichas reformas se alude a la mujer como “*la madre*” y al aborto como un procedimiento riesgoso. Tal es el caso de la reforma de San Luis Potosí, que caracteriza la interrupción del embarazo como “*(...) una intervención quirúrgica invasiva de alto riesgo, con altas probabilidades de sangrado abundante, perforación del útero, secuelas de esterilidad, estados depresivos, etcétera*”.<sup>3</sup>

Estos argumentos muestran como “*(...) las expresiones misóginas desde la medicina no sólo han tenido que ver con quién y en categoría de qué ejerce; sino también con qué se dice y se hace desde la medicina con el cuerpo de las personas, es decir cómo se construye y representa el cuerpo*” (Díaz, 2012:15).

Frente a este panorama considero necesario explicitar que este trabajo apuesta a la construcción de un conocimiento que cuestione las relaciones de poder que generan desigualdad y que muestre las prácticas emancipadoras de las mujeres, ya que como señala Breilh:

---

<sup>3</sup> Diario Oficial del Estado de San Luis Potosí, 3 de septiembre de 2009.

*“(…) es inevitable situarse en una perspectiva teórico-política, es decir, mirar desde un ángulo específico de dichas relaciones de poder, o desde lo que suele denominarse un punto de vista social, de clase; perspectiva que imprime una huella profunda en la construcción del conocimiento” (Breilh, 2013:14).*

Reitero que en este trabajo el género es, además de la clase social, una perspectiva necesaria para desarrollar los objetivos que planteo más adelante.

Breilh (2013) habla también de la construcción del *triángulo de la política* como un cuerpo sólido de conocimientos, como un bloque articulado de personas o comunidades afectadas y como un proyecto emancipador para la salud. En este sentido el feminismo, como movimiento social, recupera la exigencia de las mujeres para acceder al aborto legal como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva. Asimismo, las redes feministas que facilitan el acceso al aborto con medicamentos a muchas mujeres, dentro y fuera de la ley, son un ejemplo de cómo el conocimiento puesto al servicio de las personas puede generar propuestas emancipadoras.

El acceso al aborto seguro se ha vinculado principalmente con el derecho a la salud, en particular con el derecho a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, dadas las características de los derechos humanos —que son indivisibles, irrenunciables, inalienables, universales, imprescriptibles—, éstos guardan una estrecha relación con otros derechos, entre los que destacan (Chávez, 2015):

- El derecho a la vida
- El derecho a la salud
- El derecho a la libertad y seguridad personal
- El derecho a decidir el número de hijos e intervalo entre los nacimientos
- El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico
- El derecho a la privacidad
- El derecho a la igualdad y la no discriminación
- El derecho a no ser sometidas a prácticas lesivas
- El derecho a vivir libres de violencia
- El derecho a la información

Los gobiernos tienen una responsabilidad ineludible para garantizar que la vida de las mujeres no corra peligro y es ésta una de las principales razones para visualizar el acceso al aborto legal y seguro como parte de los derechos humanos de las mujeres:

*“El derecho de las mujeres a acceder a servicios integrales de salud reproductiva, incluido el aborto, está arraigado en los estándares internacionales sobre derechos humanos que garantizan el derecho a la vida, la salud, la intimidad y a no ser discriminado. Estos derechos son violados cuando los Estados vuelven los servicios de aborto inaccesibles para las mujeres que los necesitan. De acuerdo con lo establecido por el derecho internacional, los Estados pueden ser responsabilizados por expedir leyes altamente restrictivas en materia de aborto y por no garantizar acceso al aborto cuando éste es legal. Los Estados también son responsables de las altas tasas de muerte y lesiones de las mujeres que son forzadas a recurrir a abortos en condiciones de riesgo” (Centro de Derechos Reproductivos, 2010:1).*

Frente a la situación del aborto en México, el Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (la CEDAW, por sus siglas en inglés) ha expresado su preocupación por la injusticia que genera la diferencia entre la normatividad de la Ciudad de México, las modificaciones a las constituciones locales y las denuncias realizadas por las y los médicos después de negar un servicio que en muchas ocasiones se encuentra dentro de la ley, como en los casos de violación. El Comité de la CEDAW (2012) ha recomendado al Estado mexicano que:

*“a) Armonice las leyes federales y estatales relativas al aborto a fin de eliminar los obstáculos que enfrentan las mujeres que deseen interrumpir un embarazo de forma legal y amplíe también el acceso al aborto legal teniendo en cuenta la reforma constitucional en materia de derechos humanos y la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité;*

*b) Informe a los proveedores de servicios médicos y trabajadores sociales que las enmiendas constitucionales locales no han derogado los motivos para interrumpir un embarazo de forma legal y les comunique también las responsabilidades que les incumben;*

*c) Se asegure de que en todos los estados las mujeres que tengan motivos legales que justifiquen la interrupción de un embarazo tengan acceso a servicios médicos seguros, y vele por la debida aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, en particular el acceso de las mujeres que han sido violadas a anticonceptivos de emergencia, al aborto y a tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA”.*

Es importante no perder de vista que, si bien cada entidad federativa del país tiene la atribución de regular las leyes en materia de aborto, a partir de 2011, “(...) en México los derechos contenidos en los tratados internacionales ratificados por el Estado son parte integral de la Constitución y todas las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos” (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2013: 16).

## **2.5. La experiencia de las mujeres en el uso del aborto con medicamentos**

Esta investigación no estaría completa sin presentar evidencias sobre la experiencia de las mujeres en el uso de medicamentos para abortar. Haré referencia al estudio titulado *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú* (Lafaurie et al., 2005), ya que recupera información sobre la experiencia de mujeres que han abortado con medicamentos en distintos lugares del mundo y recupera las de 49 mujeres en los cuatro países donde se realizó. Entre los hallazgos de estudios realizados en distintos lugares del mundo destacan las siguientes:

- Las mujeres suelen enfrentar el juicio de los profesionales de la salud frente a su decisión de abortar, así como situaciones de soledad e imposibilidad para expresar sus percepciones y sentimientos.
- El vínculo de pareja juega un papel crucial en el contexto de la toma de decisiones sobre el aborto. La calidad y el futuro de la relación jugaron también un papel importante.
- A las mujeres les ayuda recibir atención calificada y acompañamiento durante el proceso para mantenerse tranquilas y seguras.
- Existe una cultura represiva que propicia que las mujeres utilicen tácticas indirectas para interrumpir el embarazo y que los hombres tengan una gran incidencia en la toma de decisiones frente al aborto.
- La decisión de interrumpir el embarazo es un proceso difícil debido principalmente a los valores sociales, culturales y religiosos que condenan el aborto y exaltan la maternidad.
- Entre las manifestaciones físicas del proceso, las mujeres mencionan en especial la presencia de cólicos y sangrado abundante.

- Las mujeres que abortan con medicamentos bajo supervisión médica expresan que su preferencia por ese método radica en la posibilidad de vivir el proceso de manera autónoma, en sus casas y acompañadas por personas que son parte de sus redes afectivas.
- El aborto con medicamentos es valorado positivamente por las mujeres, ya que en general expresan que lo recomendarían a otras mujeres cercanas a ellas.
- Cada historia de aborto es única y en ella concurren no sólo aspectos culturales y sociales sino también factores relativos a la historia personal y al sentido que la maternidad tiene para cada mujer.

De las 49 mujeres latinoamericanas que participaron en la investigación, las tres principales razones que refirieron para optar por el aborto con medicamentos fueron la privacidad (71%); el apoyo emocional recibido en sus hogares (61%); y el temor a la cirugía y a los anestésicos (44%). El mayor control sobre su experiencia con el aborto y el menor costo del procedimiento fueron también mencionados entre los motivos más importantes. Respecto a cómo contactaron a los proveedores, entre las 49 mujeres sólo una lo hizo a través de una institución, 34 fueron remitidas por amistades o personas conocidas, 11 habían usado antes el misoprostol, y 2 se enteraron por anuncios en medios de comunicación.

Con base en esta información se deduce que las redes de apoyo son un elemento central para que las mujeres puedan acceder al misoprostol, a información adecuada sobre cómo usarlo y a personal capacitado. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de las mujeres contactó a los proveedores a través personas cercanas, la información proporcionada por ellas muestra que aún es común que la experiencia del aborto sea ocultada a sus familiares y/o parejas, lo cual ocurrió en 28 de los 49 casos. Otro hallazgo importante de este estudio es el siguiente;

*“(...) antes de lograr la interrupción de su embarazo, 12 mujeres intentaron abortar sin conseguirlo a través de otros métodos o acudiendo a otras personas. Utilizaron las hierbas, en especial la ruda, en 5 casos - sobre todo en la zona rural mexicana y en el Perú- mientras 3 mujeres hablan de que hicieron uso de “Cytotec” y 2 de “una inyección” (Lafaurie y cols., 2005: 37).*

Es oportuno mencionar que el estudio citado anteriormente me fue de gran utilidad para la construcción de mi marco de referencia y de la guía de entrevista que utilicé.

Por otro lado, en el caso de México es importante señalar que no todas las mujeres que deciden abortar con medicamentos cuentan con la asesoría de personas que puedan orientarlas adecuadamente. En muchas ocasiones recurren al uso del Internet para obtener información. Sin embargo, es importante destacar que las páginas de venta de misoprostol (bajo el nombre comercial *Cytotec*®) omiten información precisa sobre la evolución de un aborto con medicamentos o sobre qué hacer en caso de falla; este tipo de información es proporcionada sólo a quienes utilizan las secciones de preguntas y respuestas y no siempre es presentada con suficiente precisión. También es importante mencionar que el costo de las dosis del medicamento que ofrecen estos sitios de Internet es considerablemente elevado en comparación con los precios de venta de un frasco completo del medicamento. Por otro lado, la autoadministración del misoprostol sin contar con la información necesaria es una práctica común entre las mujeres; las preguntas de quienes consultan páginas de Internet para comprar misoprostol o para buscar ayuda cuando recurren a él indican la necesidad de elaborar materiales que brinden a las mujeres, al personal de salud y a los/as dependientes de farmacias información completa, detallada y confiable sobre el AM (Troncoso y González de León, 2010).

En relación con las experiencias de las mujeres que han interrumpido su embarazo en la Ciudad de México se presenta información de otras dos investigaciones. La primera (Díaz y cols., 2009) señala que mujeres jóvenes que abortaron en servicios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México reportaron incidentes de

manipulación por parte del personal médico para generarles miedo respecto al procedimiento; que se sintieron juzgadas en el momento de su atención; que en algunos casos se les negó el servicio bajo el argumento de la falta de personal médico no objetor de conciencia; y acoso por parte de grupos Provida fuera de los servicios de salud.

Un segundo estudio (Beker y cols., 2012) reportó que, en general, las mujeres otorgaron altas calificaciones a los servicios; que 85% dijo que el médico las hizo sentir cómodas y sintieron confianza en sus habilidades técnicas; que el 26% consideró que el custodio de seguridad se portó grosero; y que 60% consideró que fue fácil conseguir una cita para que la atendieran.

Por su parte, Lamas (2014) considera que la decisión de la Secretaría de Salud Del Gobierno del Distrito Federal de incorporar el aborto con medicamentos en los Servicios de ILE ha posibilitado:

- Una relación distinta entre los prestadores de servicio y las usuarias, ya que se está perfilando una relación menos autoritaria entre los prestadores de servicio y las ciudadanas que acuden al servicio gubernamental de ILE.
- Subsana las limitaciones de recursos sanitarios, de personal, de acceso a servicios de salud en áreas remotas e, incluso, la objeción de conciencia.
- Posiciona a las usuarias como sujetos capaces de asumir una corresponsabilidad en el proceso, y obliga a confiar en que llevarán a cabo adecuadamente las instrucciones en sus hogares y regresarán a la revisión.
- La información presentada en este apartado será revisada en el capítulo de resultados a la luz de las experiencias de las mujeres entrevistadas.

### CAPÍTULO 3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

A lo largo del marco conceptual de este trabajo di cuenta del contexto legal del aborto a nivel regional, nacional y local, de cómo las restricciones en este ámbito colocan a las mujeres pobres en situaciones de vulnerabilidad que ponen en riesgo su salud, su vida y atentan contra sus derechos humanos.

Hice referencia a cómo con base en la construcción del género se ha constreñido a las mujeres al ámbito privado y se ha visto a la maternidad como una realidad ineludible para ellas, restringiendo su derecho a decidir si desean o no ejercerla.

Argumenté por qué el aborto es un problema de salud pública que trasciende el ámbito biomédico y que para su análisis es necesario considerar elementos del contexto económico, legal, ético, político y social que intervienen en él, como es el caso de la condición de género y el contexto específico.

Por otro lado, presenté elementos que muestran que en el mundo el uso de medicamentos para abortar es una práctica común entre las mujeres para interrumpir sus embarazos por cuenta propia y que señalan la importancia de conocer estas experiencias, ya que son una muestra del papel que juegan la supervisión médica y el contexto legal en la experiencia de las mujeres que abortan en un país como México.

En función de lo anterior surgieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Puede afirmarse que son abortos seguros aquellos inducidos con medicamentos por mujeres que cuentan con asesoría o conocimiento suficiente respecto al uso del mismo para interrumpir un embarazo?
- ¿Contribuyen las redes de mujeres que brindan información a sus pares, respecto al uso de medicamentos para abortar, a facilitar el acceso a abortos seguros?
- ¿Es la apropiación del conocimiento del aborto con medicamentos una respuesta frente a las limitaciones legales que enfrentan las mujeres para acceder al aborto?
- Dadas las leyes restrictivas sobre el aborto que rigen en el país y las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de ILE en Ciudad de México, ¿es el uso de medicamentos para abortar un recurso que favorece la autonomía sobre el cuerpo y los derechos de las mujeres?

Para responder a estas preguntas de investigación se plantearon un objetivo general y cuatro objetivos específicos:

- **Objetivo general:**

Documentar experiencias de mujeres que han recurrido al aborto con medicamentos, con y sin la intervención de profesionales de la salud, y en contextos de legalidad e ilegalidad, para explorar las razones del uso de este método y explorar en sus narrativas si relacionan esta práctica con el ejercicio de la autonomía sobre el cuerpo y con su derecho a la salud sexual y reproductiva.

- **Objetivos específicos:**

- Explorar las experiencias de mujeres que han abortado con medicamentos en un contexto de legalidad, con y sin la intervención de profesionales de la salud.
- Explorar las experiencias de mujeres que han abortado con medicamentos en contextos de restricción legal, con y sin la intervención de profesionales de la salud.
- Explorar si las mujeres que recurren al aborto con medicamentos relacionan esta práctica con el ejercicio de la autonomía sobre el cuerpo y con el derecho a la salud sexual y reproductiva.
- Comparar las experiencias de las mujeres.

## CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA

La presente investigación está centrada en las experiencias de cinco mujeres que abortaron con medicamentos, con y sin intervención de personal de salud, en la Ciudad de México y en el estado de Guanajuato, y retoma también las experiencias de dos mujeres que en el proceso de entrevista fueron identificadas fuera del perfil planteado, pero cuyas historias abonan a entender el contexto legal y social de ambos lugares. Las palabras y la elaboración que las mujeres hacen de su experiencia se plantearon como centrales para dotar de contenido a las ideas que dieron origen a las preguntas de investigación y para cumplir con los objetivos planteados.

En este trabajo considero a la metodología en sí misma como una manera de mirar y pensar la realidad, por lo cual decidí realizar una investigación cualitativa por ser aquella que en su marco epistemológico considera el análisis de la subjetividad, señalada anteriormente como la concepción del mundo y de la propia vida que tiene cada persona, la cual está constituida por las normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, ya sean éstas conscientes o inconscientes (Falquet, 2005), porque retoma el intercambio simbólico que se establece entre quien investiga y quienes deciden colaborar en la investigación como elemento central para profundizar en algunos procesos y lo reconoce como parte del análisis. Como se ha señalado por algunos investigadores, este tipo de investigaciones

*“(...) pueden usarse para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales” (Anselm y Corbin, 2002:12).*

Parto de la premisa de que teoría y método no son cosas separadas, sino que establecen una relación dialéctica que posibilita analizar un segmento de la realidad. Así mismo, se reivindica la ausencia de neutralidad en la investigación académica, como parte del compromiso de fijar una postura crítica frente al análisis de problemáticas en las que intervienen la injusticia social y está en juego la garantía de los derechos humanos de las mujeres.

Decidí retomar las reflexiones planteadas desde la metodología feminista, en la cual se hace explícita la necesidad de innovar en la forma de hacer investigación sin anteponer la construcción del conocimiento a la transformación de la realidad, particularmente asumiendo que no es suficiente incorporar “los temas de las mujeres” al ámbito académico, ya que ello conduce a una presencia que enuncia, pero no transforma. Desde este planteamiento metodológico se señala que el vínculo entre la academia, la ciencia y la praxis política, así como el compromiso de quien investiga, constituyen condiciones importantes para el proceso de investigación.

Parafraseando a María Mies, comprender que la ciencia y la investigación feminista son parte de un momento histórico dado, permite romper con las dicotomías entre pensamiento y acción, entre ciencia y política. Esta autora señala que, de ese modo,

*“(...) no nos quedará otra alternativa que cuestionar a la ciencia contemplativa como una práctica que encubre el poder y la explotación, como algo que divide la realidad histórica en compartimentos estancos y que no hace más que ponerla de cabeza, invirtiéndola” (Mies, 1991: 71).*

Inspirada en la propuesta de Mies, que se basa en el reconocimiento de la actitud activa por parte de quien investiga y en su participación en los procesos emancipatorios, es que diseñé una estrategia de investigación en la que reconocí que mi experiencia personal de trabajo previo en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular del derecho al aborto seguro, sería utilizada para la construcción teórica, metodológica y para mi acercamiento con las mujeres, así como para compartir los resultados con los grupos de mujeres que abordan esta temática por si en un futuro les resulta de utilidad.

Elegí trabajar con la entrevista cualitativa por ser una técnica que proporciona “(...) *una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en la cual los entrevistados expresan los pensamientos, los deseos y el mismo inconsciente*” (Anselm y Corbin, 2002:64). Esta técnica permitió que las mujeres compartieran su experiencia en un ambiente respetuoso y de absoluta confianza, es decir, en lugares en los que se sentían cómodas y con la certeza de que su identidad sería cuidada en la presentación del trabajo de investigación.

#### 4.1. Mi investigación y la ética

Parto de un posicionamiento ético que reconoce como **sujetos** a las mujeres que, a través de la narración de su experiencia de aborto con medicamentos, decidieron participar en este proceso y no como *objetos* de estudio. Así mismo, este posicionamiento reconoce mis implicaciones personales en esta investigación, cuestionando la supuesta *neutralidad* de la investigadora y, más bien, utilizando mi propia experiencia como elemento facilitador de las narraciones. Para cuidar la ética en la investigación emprendí las siguientes acciones:

- Solicité autorización a las mujeres para grabarlas y utilizar la información que compartieron.
- Protegí su identidad, siendo de particular importancia en el caso de quienes habitan en Guanajuato, debido al contexto de restricción legal que enfrentan.
- Consideré las particularidades de los dos contextos, a fin de que el contacto con las mujeres y la realización de las entrevistas se adecuara a sus necesidades y las hiciera sentir cómodas.
- En los casos en que durante el transcurso de las entrevistas detecté que el perfil de las mujeres no correspondía a la tipología que se mostrará más adelante, por no haber interrumpido su aborto con medicamentos, se los informé y les expresé mi interés por culminar las entrevistas. Así mismo, les solicité su autorización para utilizar parte de sus narraciones y enfatizar algunas conclusiones debido a que como señalé en líneas anteriores, dichas experiencias dan cuenta del contexto social y legal de la Ciudad de México y Guanajuato.

#### 4.2. El diseño metodológico

Como suele suceder cuando se trabaja desde un enfoque cualitativo —aunque esto no siempre se documente en el reporte final— el diseño inicial sufrió modificaciones, precisamente porque no es un estudio cuyas variables pretenden ser controladas y cuantificadas rigurosamente; por el contrario, uno de los grandes retos de este abordaje se encuentra en ser sensible a los contextos de las personas que decidieron colaborar en la investigación.

Contrario a lo que se suelen afirmar quienes consideran que tales modificaciones demeritan la validez de los métodos cualitativos, considero que ésta es una de sus riquezas, ya que las causas que originan dichas modificaciones pueden ser en sí mismas hallazgos o elementos que enriquecen el análisis. No olvidemos que la mejor fuente de información, la que nos permite conocer la vida cotidiana de las mujeres, aquella que en ocasiones supera lo que podemos leer en los periódicos o confronta la teoría, proviene justamente de sus palabras; ellas son el pequeño eslabón entre la teoría y la realidad, y gracias a lo que nos comparten podemos aprehender un fragmento de realidad, “(...) *porque no es necesario saberlo todo para comprender algo*” (Geertz, 1973: 32).

Las aportaciones que las mujeres hicieron a través de sus narraciones y la riqueza de las mismas son invaluable. Por ello confirmo que utilizar la metodología cualitativa constituyó un acierto, ya que difícilmente habría podido acceder a tantos detalles a través de métodos cuantitativos. Así mismo, considero que este tipo de investigaciones pueden formar parte de los procesos de emancipación de las mujeres y aportar a estrategias de construcción colectiva, porque la información que generan recoge sus necesidades, experiencias y recomendaciones. Recordemos, como dice Mies, que

*“(…) el valor de la experiencia reside en tomar la vida real como punto de partida, tanto en su dimensión subjetiva concreta como en sus implicaciones sociales. No debemos olvidar, que el desafío de nuestra propia experiencia como punto de partida surgió de nuestra frustración frente al hecho de que la vida de las mujeres, su historia, sus luchas y sus ideas, no forman parte de la ciencia dominante. La introducción de la categoría de experiencia-o del factor “subjetivo”- en la ciencia correspondía al lema según el cual “lo personal es político” (Mies, 1998: 73).*

Por ello, inicialmente, consideré una primera fase exploratoria y una segunda de profundización. La primera, pensada como un primer acercamiento con algunas mujeres para explorar su experiencia de aborto con misoprostol, mediante entrevistas grupales, con la finalidad de indagar acerca del papel que jugaron la presencia o ausencia de supervisión médica y el contexto legal en su vivencia. Los grupos estarían conformados por mujeres que indujeron sus abortos con medicamentos con y sin supervisión médica, uno de los cuales se llevaría a cabo con mujeres que abortaron en la Ciudad de México, mientras que el segundo correspondería a mujeres que indujeron sus abortos en el estado de Guanajuato. Los hallazgos y elementos más significativos de las entrevistas grupales permitirían diseñar la guía de entrevista individual. En la fase de profundización, realizaría entrevistas a profundidad con mujeres que hubiesen participado en las entrevistas grupales, dos de la Ciudad de México y dos de Guanajuato.

Sin embargo, durante las llamadas de contacto con las mujeres que manifestaron interés en participar en la investigación, las cuales realicé a través del apoyo que me brindaron dos organizaciones de la sociedad civil en cada una de las entidades, se presentaron dos elementos que hicieron evidente la necesidad de reconsiderar la realización de las entrevistas grupales y realizar únicamente las entrevistas individuales, siendo este el primer cambio en el diseño inicial. El primero de ellos, de tipo logístico, tuvo que ver con la incompatibilidad de horarios de las mujeres, lo cual generó demoras para poder concretar un encuentro. El segundo elemento, de mayor peso por los objetivos de mi investigación, correspondió a lo que interpreté como una resistencia de las mujeres para hablar de su experiencia en grupo; de esto hablaré con más detalle en el apartado de resultados, pero cabe mencionar que sólo una de las mujeres expresó estar de acuerdo con la entrevista grupal.

Igualmente, como parte del diseño inicial sólo tenía contemplado abordar el aborto con misoprostol por ser el medicamento que en ese momento se estaba utilizando en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para atender a mujeres con embarazos de hasta 10 semanas. Esa elección también se basó en el hecho de que este fármaco es frecuentemente utilizado por las mujeres para abortar en contextos de restricción legal. Sin embargo, en el transcurso del trabajo de campo el contexto en la Ciudad de México cambió, ya que a finales de 2011 la mifepristona fue incluida en la lista de medicamentos esenciales en la Ciudad de México<sup>4</sup> y a partir de diciembre del 2012<sup>5</sup> se generalizó su uso en combinación con el misoprostol en los servicios que proporcionan la ILE (IPAS, s/a).

Este cambio se vio reflejado en la experiencia de las mujeres que entrevisté en esta entidad, ya que a tres de ellas se les proporcionó dicha combinación. Es por ello que decidí realizar una segunda modificación al diseño inicial y considerar al aborto con medicamentos en general, contemplando con ello la posibilidad del uso del

---

<sup>4</sup> Consultar nota en: <http://www.ipas.org/es-MX/News/2011/November/Mifepristone-registered-in-Mexico.aspx>

<sup>5</sup> Información proporcionada por la informante clave de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

misoprostol solo o en combinación con la mifepristona, asumiendo que la vivencia las mujeres no es un dato casual, sino el reflejo del contexto y las repercusiones que este tiene en sus vidas.

Un tercer cambio tiene que ver con que al inicio de la investigación contemplé sostener entrevistas a profundidad con todas las mujeres, empero, al analizar el tiempo del que disponía para entrevistarlas, en especial con aquellas que viven en Guanajuato, concluí que era mejor realizar entrevistas semiestructuradas, debido a que no podía garantizar los encuentros necesarios para realizar las primeras. Entiendo como entrevistas semiestructuradas (Vargas, 2012) aquellas en las que la persona que entrevista parte de un plan general que considera los elementos que desea abordar durante la entrevista, pero deja que sea la persona entrevistada quien, durante la conversación, vaya desarrollando cada uno de estos elementos con la dirección, profundidad y método que le resulte más atractivo. Si bien en este tipo de entrevistas existe una guía temática para su conducción, cumple con los principios para lograr una narración libre por parte de los participantes, ya que no tiene un formato rígido y da cabida a elementos emergentes que surgen en el desarrollo de la misma. Esto permite que el discurso se manifieste con poca interferencia de quien conduce y que los intercambios verbales sean poco estandarizados para que la voz de cada persona que narra su historia no se pierda.

Finalmente, un cuarto cambio que sufrió la metodología está dado por el contexto legal de las mujeres entrevistadas ya que, si bien se tenía contemplado entrevistar en ambas entidades a mujeres que vivieron su aborto con y sin supervisión médica, éste definió la presencia de dicha supervisión y no fue posible encontrar ambas experiencias en una sola entidad.

#### **4.3. Criterios de selección y tipología**

Se definió que, a fin de tener un mejor manejo del desarrollo de las entrevistas, así como del trabajo de transcripción y análisis, el número de mujeres no fuera mayor de 6, dado que con cada una se tendrían al menos dos encuentros.

Para seleccionar a las mujeres definí tres criterios respecto a su experiencia de aborto:

1. El método para el aborto: que se hubiera realizado con medicamentos.
2. La temporalidad: que el aborto hubiera sucedido durante el último año.
3. La entidad: que el aborto se hubiera llevado a cabo en la Ciudad de México o en Guanajuato.

Establecer una tipología en una investigación cualitativa permite definir ciertas características de las personas a las que se va a entrevistar. Por ello, establecí tres elementos que me interesaba poner en juego: el contexto legal, el uso de medicamentos para inducir el aborto y el papel que juega la intervención del personal de salud. Es así, que los resultados de esta investigación se basan en las experiencias de tres mujeres de la Ciudad de México que abortaron con medicamentos bajo supervisión médica y dos mujeres de Guanajuato que abortaron con medicamentos sin supervisión médica.

#### **4.4. La búsqueda de mujeres que abortaron con medicamentos**

Para documentar la experiencia de mujeres que interrumpieron sus embarazos con medicamentos, el primer recurso que utilicé fue buscar a mujeres que conozco y sé que dan información o acompañamiento a mujeres que quieren interrumpir sus embarazos, ya sea a través de alguna organización de la sociedad civil o de algún colectivo sin personalidad jurídica. El segundo recurso fueron personas a quienes alguna vez proporcioné información sobre el aborto con medicamentos para ayudar a alguna conocida. En un primer momento sólo logré contactar a una mujer joven, a quien ofrecí información meses atrás a través de un amigo en común.

A pesar de que en este primer ejercicio las personas contactadas mostraron disposición para cooperar con mi investigación no logré obtener el contacto de ninguna mujer, porque la mayoría de las veces referían que los datos de éstas los tenía otra persona. Por ello decidí, contactar a dos organizaciones civiles cuya misión principal es facilitar que las mujeres accedan a abortos seguros.

**Cuadro 6. Mecanismos de contacto con las mujeres**

Mecanismos	Ciudad de México	Guanajuato
Organización	Fondo de Aborto para la Justicia Social, A.C. (Fondo María)	Las Libres, AC.
Mujeres	<p>A petición de esta organización, la primera llamada a las posibles participantes se realizó desde sus instalaciones haciendo referencia a que, como parte de su trabajo para generar y difundir información sobre el aborto, estaban apoyando mi investigación.</p> <p>Les expliqué a las mujeres mi proyecto y les pregunté si tenían interés en participar.</p>	Debido al contexto restrictivo de la entidad, el primer contacto con las mujeres para explicarles los propósitos de mi proyecto y preguntarles si estaban interesadas en participar, lo realizaron integrantes de la organización.
Seguimiento	Lo realicé directamente con las mujeres, a través de llamadas telefónicas para acordar los días y horarios de las entrevistas.	Fue realizado a través de integrantes de la organización, con quienes me mantuve en contacto a través de correo electrónico, llamadas telefónicas y por Skype.
Factores emergentes en el contacto y seguimiento	<p>Resistencia a entrevistas grupales.</p> <p>Dificultades para empatar los horarios y zonas de actividad de las mujeres.</p>	<p>Resistencia a entrevistas grupales.</p> <p>El traslado a Guanajuato cambió un par de veces hasta garantizar que las mujeres contactadas cubrieran el perfil planteado, ya que algunas de las mujeres que habían aceptado participar tuvieron sus abortos fuera del tiempo establecido en la tipología o abortaron con una AMEU.</p>

## **4.5. Instrumentos de recolección de la información**

### **a) Diario de campo**

Comencé a utilizarlo al iniciar el trabajo de campo, en él registré datos de las mujeres, sus reacciones; así como anotaciones que pudieran retroalimentar mi marco teórico o bien que abonaran al apartado de reflexiones finales de mi investigación. Aquellas anotaciones y reflexiones que consideraba de alta importancia, los colocaba al pie de las hojas, con la finalidad de no perderlos e identificarlos más fácilmente. Por el contenido que he mencionado, utilicé el diario de campo hasta el final de este trabajo.

### **b) Guía de entrevista**

El diseño de la guía de entrevista constituyó una parte importante de este trabajo, ya que era necesario construir un instrumento que permitiera que las mujeres hablaran libremente acerca de cómo vivieron su proceso de aborto. Es así que decidí llevar a cabo una primera entrevista de carácter exploratorio, con la finalidad de que la guía de entrevista no sólo estuviera basada en la revisión teórica y en investigaciones previas, sino que retomara la propia experiencia de una mujer que atravesó por un aborto medicamentoso. Dicha entrevista no contó con una estructura y desde el encuadre se le indicó a la entrevistada que su narración sería retomada para la elaboración de la guía a implementar con el resto de mujeres, con lo cual estuvo de acuerdo. Establecí algunas temáticas que estaban implícitas en el planteamiento de mi investigación, tales como: el contexto legal, la intervención de personal de salud e ideas generales relacionadas cómo se sintieron y el por qué habían utilizado la técnica medicamentosa. La entrevista exploratoria fue transcrita y revisada para identificar aquellas preguntas que facilitaron la narración de la entrevistada. A partir de lo anterior, elaboré dos tipos de preguntas:

- Preguntas generadoras (de primer nivel). Tuvieron la finalidad de incentivar la narración de las mujeres, a fin de que nombraran aquellos elementos que fueron significativos en su experiencia.
- Preguntas temáticas (de segundo nivel). Estas preguntas hicieron alusión a opiniones generales acerca del aborto y las mujeres que recurren a él, con la finalidad ir generando confianza en caso de que a la entrevistada le costara trabajo hablar de su experiencia, o bien, para complementar información. La conducción de las entrevistas retomó los tres momentos planteados por Lafaurie (2005): la decisión, la experiencia misma y la valoración posterior a la vivencia.

## **4.6. Las entrevistas**

Las entrevistas se llevaron a cabo entre diciembre de 2012 y marzo de 2013. Con cada una de las mujeres sostuve dos encuentros, mismos que se desarrollaron en espacios cercanos a sus actividades cotidianas (cafés, oficinas, parques y otros espacios públicos), priorizando que tuvieran que desplazarse lo menos posible para que sus actividades no se vieran afectadas y que se sintieran cómodas en ellos. Los lugares en los que se realizaron las entrevistas fueron elegidos por las mujeres, destacando que en el caso de las mujeres que vive en la Ciudad de México se priorizó la cercanía a sus actividades y en los casos de las mujeres que viven en Guanajuato, la privacidad del espacio.

Al inicio de éstas agradecí su colaboración y solicité de manera verbal su consentimiento para grabarlas y transcribir su narración, a fin de ser fiel a lo que ellas manifestaran. Una vez obtenido su consentimiento, realicé el encuadre de la misma, profundizando en los objetivos que les planteé en las llamadas telefónicas, haciendo énfasis en que el manejo de la información sería confidencial y no aparecerían sus nombres en la investigación. La duración de las entrevistas fue aproximadamente de 50 minutos cada una. Al cerrar las mismas, nuevamente

agradecí su cooperación y pregunté si en caso de ser necesario, estarían dispuestas a que nos encontráramos de nuevo, a lo que respondieron que sí.

Como ya he mencionado, además de las cinco mujeres en quienes está centrado este trabajo, entrevisté a dos cuya experiencia no pudo ser integrada completamente porque no correspondía a la tipología establecida en la metodología, pero sí se retoman algunos elementos de su experiencia, por considerar que dan cuenta del contexto social y legal de las entidades seleccionadas. Así mismo, se retoma la información proporcionada por dos informantes claves, una trabajadora social del Programa ILE de la Ciudad de México y una integrante de la Organización Civil Las Libres, en Guanajuato.

Para sistematizar la información de las entrevistas, inmediatamente después de concluidas, realicé notas en el diario de campo. Posteriormente generé archivos digitales de audio en la computadora, los cuales escuché más de una vez y fui realizando las segundas notas de las entrevistas. Transcribí en archivos electrónicos cada una de ellas, registrando en el diario de campo cualquier hallazgo relevante.

Tras concluir las transcripciones de todas las entrevistas, realicé una clasificación inicial<sup>6</sup> de sus contenidos destacando los primeros hallazgos. Sin embargo, una posterior revisión más minuciosa y acorde a las preguntas de investigación, me llevaron a reagrupar la descripción de la experiencia de las mujeres en siete ámbitos, con base en los cuales a continuación se presentan los resultados:

1. El aborto según las mujeres
2. Influencia de los aspectos legales
3. La intervención del personal de salud
4. La experiencia física
5. El acompañamiento
6. Las emociones
7. La maternidad

---

<sup>6</sup> Los ámbitos iniciales fueron: autonomía, aborto como derecho, contexto socioeconómico, opinión del AM, contexto legal, acompañamiento, emociones, pareja, contexto de los servicios, supervisión médica, maternidad, síntomas producidos por el medicamento.

## CAPÍTULO 5 RESULTADOS

Como se señaló en el apartado de la metodología se definió que, para tener un mejor manejo del desarrollo de las entrevistas, así como del trabajo de transcripción y análisis, el número de mujeres no fuera mayor a 6, dado que con cada una se tendrían al menos dos encuentros. Se trabajó con cinco mujeres, cuyo perfil se presenta en el Cuadro 7, a quienes se les ha asignado el nombre de una diosa griega para resguardar su identidad. Las mujeres entrevistadas realizaron su aborto con medicamentos, las primeras tres en el contexto legal de la Ciudad de México y las dos últimas en el contexto de restricción legal del estado de Guanajuato.

Así mismo, se hará uso de algunos extractos de las entrevistas de dos mujeres en quienes sus abortos concluyeron en una AMEU, pero cuyas historias ayudan a ilustrar el contexto social y legal de las dos entidades seleccionadas para esta investigación. También se retomará la información proporcionada por Rosy, de la organización Las Libres, en Guanajuato, y de Alejandra, funcionaria del Programa ILE.

**Cuadro 7. Perfil de las mujeres entrevistadas**

Nombre	Características personales	Contacto	Semanas de gestación	Contexto	Intervención de personal de salud	Régimen
<b>Metis</b> (Diosa de la Prudencia)	Residencia: Ciudad de México. Edad: 26 años Ocupación: ama de casa Estado civil: casada Tiene un hijo	Amiga común  Con ella se realizó la entrevista exploratoria	Entre 6 y 7	Legal	Sí, de servicio privado	Mifepristona / misoprostol
<b>Atenea</b> (Diosa de la Sabiduría)	Residencia: Ciudad de México. Edad: 28 años Ocupación: actriz Estado civil: unión libre Sin hijos/as.	Amigo común	7	Legal	Sí, de servicio público	Mifepristona / misoprostol
<b>Artemisa</b> (Diosa que aliviaba a las mujeres)	Residencia: Ciudad de México. Edad: 37 años Ocupación: Química Farmacóloga, IMSS Estado civil: divorciada Tiene una hija y un hijo	Fondo María	8	Legal	Sí, de servicio público	Mifepristona / misoprostol
<b>Gea</b> (Diosa de la Tierra)	Residencia: Guanajuato. Edad: 32 años Ocupación: profesora de yoga y arte Estado civil: unión libre Tiene un hijo	Las Libres	8	Restrictivo	No	Misoprostol
<b>Astrea</b> (Diosa de la Justicia)	Residencia: Guanajuato. Edad: 23 años Ocupación: empleada en clínica veterinaria Estado civil: casada Tiene una hija	Las Libres	Entre 5 y 6	Restrictivo	No	Misoprostol

La información proporcionada durante las entrevistas, ha sido agrupada en los siete ámbitos señalados en el capítulo anterior, mismos que se explican a continuación porque con base en ellos es que se presentan los resultados, mostrando en cada uno los principales elementos que emergieron, así como las similitudes y diferencias encontradas en las entrevistadas:

1. **El aborto según las mujeres.** En este ámbito incluí aquello que las mujeres opinan sobre el aborto, lo que han escuchado decir a otras personas y que les es significativo, y cómo influyó en su experiencia de aborto con medicamentos. Al respecto, las principales asociaciones que las mujeres hicieron están relacionadas con: la influencia de los discursos en contra del aborto, las ideas o información acerca del aborto con medicamentos, aspectos relacionados con su salud, la opinión de la pareja, la familia y las amistades, y la re-significación del aborto.
2. **Influencia de los aspectos legales.** En este ámbito retomé aquellas partes de las narraciones en las que las mujeres hicieron alusión a cómo el contexto legal de su ciudad influyó en su experiencia de aborto con medicamentos. Los principales elementos que emergieron fueron los siguientes: conocimiento del contexto legal, accesibilidad o inaccesibilidad a servicios de salud, la penalización legal, la opinión respecto a las restricciones legales, y la influencia del contexto legal en su decisión.
3. **La intervención del personal de salud.** En este ámbito consideré todo aquel contacto con personal de salud y servicios que las mujeres manifestaron haber tenido antes, durante y posterior al aborto con medicamentos y cómo influyó en su experiencia. Los principales elementos que emergieron en relación a la intervención del personal de salud son los siguientes: acceso a estudios y medicamentos, sensación de seguridad de que su vida estaba a salvo, la consejería, la relación médico(a) / paciente, y los servicios de salud.
4. **La experiencia física.** En relación con este ámbito presento los síntomas físicos que las mujeres refirieron haber vivido durante su proceso de aborto con medicamentos, así como aquello que señalaron haber visto. En cuanto a los síntomas, mencionaron cólicos muy fuertes, sangrado en cantidades abundantes, calosfríos, vómito, y la expulsión del producto.
5. **El acompañamiento.** En este ámbito me refiero a todo aquello que las mujeres hayan narrado en relación al apoyo de personas y/o instituciones durante su proceso de aborto con medicamentos y cómo esto influyó en su experiencia. En sus narraciones sobresalieron el acompañamiento por parte de la pareja, el acompañamiento por parte de otras personas y/o instituciones con conocimientos respecto al aborto con medicamentos, y la ausencia de acompañamiento.
6. **Las emociones.** En este ámbito retomé aquellas emociones que las mujeres refirieron sentir durante el periodo que comprendió desde que detectaron que estaban embarazadas hasta los días posteriores a su aborto con medicamentos. Las principales emociones que refirieron las mujeres fueron ambivalencia, culpa, tristeza, miedo, tranquilidad.
7. **La maternidad.** En este ámbito consideré todas aquellas ideas que las mujeres mencionaron acerca de la maternidad, incluidos los mensajes que recibieron de otras personas. Respecto a esta temática sobresalieron los siguientes elementos: la maternidad como mandato social, la maternidad versus proyectos personales, y la re-significación de la maternidad

## 1. El aborto según las mujeres

*"(...) con todas las expectativas que tiene el mundo sobre ti como mujer, no sabes si realmente estás haciendo mal, si la sociedad tiene realmente la razón o si tú tienes que defender esa ...este... posibilidad...de ser libre, de ejercer como ser humano..."* Gea

### Influencia de los discursos en contra del aborto

Las mujeres tienen mayor referencia de la información difundida por grupos conservadores, que aquella que difunden grupos que están a favor de los derechos sexuales y reproductivos o la Secretaría de Salud que ofrece los servicios de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. Lo anterior se infiere porque a pesar de que la mayoría mencionó haber buscado información en internet, ninguna accedió en su primera búsqueda a información segura proporcionada por alguna institución de salud u organización civil que trabaje el tema, además de que contaban con experiencias previas en las que habían recibido información manipulada acerca del aborto. De ello dan cuenta los siguientes testimonios.

*"me traumó mucho una película que nos pasan en la secundaria, donde ves que es succionado y te sale que la manita y eso, y dije "no", desde ahí yo estaba traumada con eso..."* (Metis 3: 48 y 49)<sup>7</sup>

*"no mames, ya no me va a querer hablar porque soy una asesina, para él, bla, bla, bla"* (Atenea 13: 380)

*"era de "no, pero es que lo voy a matar y mis papás ya quieren ser abuelos, y no...y chin... y...y bueno, si ya no me puedo embarazar nunca más..."* (Atenea 5:104 y 105)

### Ideas o información acerca del aborto con medicamentos

La información que obtuvieron acerca del aborto con medicamentos en un primer momento fue la que encontraron en internet, posteriormente la obtuvieron de los servicios públicos o privados, en los casos de las mujeres de la Ciudad de México y de la Organización de la Sociedad Civil, en los casos de las mujeres que viven en Guanajuato.

Mayoritariamente, señalaron que el aborto con medicamentos es menos invasivo y menos peligroso que la aspiración, aunque en el transcurso de las entrevistas fue posible constatar que tampoco tenían información suficiente respecto a la AMEU.

*me metí a internet y estuve viendo varias fotos, mucha información y me traumó, dije "no, la más segura es con el medicamento" ...* (Metis 2: 13 y 14)

*Que siempre y cuando sea con la supervisión de alguien que conozca o la supervisión médica es muy seguro* (Astrea 20: 562 y 563)

---

<sup>7</sup> Para identificar las narraciones se utiliza la nomenclatura del archivo transcrito en word: nombre de la informante, página y línea/s.

## La influencia de la opinión de la pareja, la familia y las amistades

Reconocen que todos los comentarios tuvieron un efecto en ellas, sin embargo, lo que escucharon decir a sus amistades, parejas y familias tuvo un impacto mayor en cómo vivieron su aborto. Relacionaron los juicios y el rechazo que mostraron las personas cercanas a ellas, con la forma en la que valorarían su decisión de abortar, por lo cual decidieron compartir la información con pocas personas.

*“mi madre que es mi mejor amiga, para nada le diría... porque están muy ilusionados por ser abuelos, mi papá...vaya, ni de chiste...porque es así de ‘¡un aborto...pero...!’...ni por acá (toca su cabeza) le pasaría, ¿no? son abiertos mis papás, pero a la vez ... como tradicionales, ¿no?” (Atenea 12: 370 a 372)*

*“yo sé que si yo le decía ‘sabes qué, a lo mejor estoy embarazada’, él (refiriéndose a su esposo) me iba a decir este ‘pues así, perfecto, qué bien’, este... y yo no quería tener hijos en ese momento, entonces dije ‘no, mejor si voy a hacer algo, lo voy a hacer yo sola’...” (Astrea 15: 432 a 434)*

*“de hecho así cuando pasan en la tele ‘mira que abortó’ ‘mira que abandonó al niño’ y eso, no, no, no pegan el grito en el cielo ‘vieja irresponsable, se hubiera cuidado’...” (Metis 9: 236 y 237)*

## Re-significación del aborto

En el transcurso de su experiencia de aborto con medicamentos las mujeres fueron modificando la idea que tenían del aborto en general y resignificando su decisión de abortar. Por ejemplo, Metis comentó que ella estaba en contra de éste hasta que lo vivió y terminó reconociendo que decidir interrumpir un embarazo no la convierte en una mujer mala. Durante este proceso las mujeres comentaron que sintieron el peso de los estereotipos de género y cuestionaron su deber de cumplirlos concluyendo que, aunque pueda ser muy difícil tienen derecho a elegir cómo quieren que sean sus vidas, incluida la opción de elegir si desean o no ser madres y en qué momento.

*“no tiene por qué ser más traumático de lo que ya es una intervención quirúrgica en general...” (Gea 16: 462 y 463)*

*“no precisamente tienes que...no sé, ser mala y la mayoría de la gente te juzga como si fueras mala” (Metis 9: 239)*

En algunos casos, la resignificación del aborto comenzó durante el proceso del mismo, apropiándose de él y asumiendo una actitud activa. Por ejemplo, en el caso Gea, a través de lo que ella llamó un ritual para devolver a la tierra la energía que había recibido, por lo cual enterró en una maceta los coágulos que arrojó su cuerpo. Otro ejemplo es el caso de Atenea, quien buscó qué tipo de alimentos favorecían la generación de glóbulos rojos, en una idea de compensar la sangre que su cuerpo había perdido. Cada mujer de manera particular realizó una resignificación que se resume en su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y al derecho a vivirlo de la mejor manera, aun cuando no hayan contado con las mejores condiciones.

Los discursos y la información que difunden los grupos que están en contra del aborto eran más conocidos que la información que divulgan los grupos a favor del derecho a decidir de las mujeres, en los cuales se habla acerca de las distintas técnicas para interrumpir un embarazo y las características de las mismas.

Como pudo observarse en los testimonios, una consecuencia de lo anterior, es que en un inicio la mayoría tenía la idea del aborto como un proceso peligroso y sangriento, incluso en algunas mujeres apareció el miedo a no poder embarazarse después.

El aborto con medicamentos fue elegido como la mejor opción porque con base en la información que tenían consideraron que era menos invasivo. Sin embargo, vale la pena destacar que las mujeres que viven en la

Ciudad de México tenían poco conocimiento acerca de los servicios públicos y/o privados que brindan la ILE y que las que viven en Guanajuato también desconocían que pueden acudir a solicitar dichos servicios.

Como ya he mencionado previamente, uno de los elementos que más influyó en la forma en cómo vivieron su aborto con medicamentos es la opinión que las personas cercanas a ellas tienen de éste y de las mujeres que recurren a él. Al respecto coincidieron en que la influencia de la religión católica es muy fuerte y que la maternidad es una exigencia social, por lo cual el aborto se mira como algo “antinatural” del ser mujer.

Ahora bien, una diferencia entre las mujeres de ambos contextos, es el hecho de que para las mujeres que viven en Guanajuato el aborto con medicamentos es la única opción que tienen para interrumpir un embarazo, por lo cual, nunca consideraron realizarlo con AMEU, mientras que en dos de las tres mujeres que viven en la Ciudad de México sí fue una opción contemplada. Finalmente, las mujeres que viven en Guanajuato hicieron mayor énfasis en el peso que tuvieron que enfrentar debido a la gran influencia que tienen los medios de comunicación, las ideas tradicionales y la religión en torno al aborto y a las mujeres que abortan. Esto fue compartido por la informante clave de la organización las Libres, en dicho estado, quien señaló que percibe que existe una fuerte sanción social.

## 2. Influencia de los aspectos legales

*“sí, si lo hubiera hecho, aunque no hubiera estado permitido...” (Metis)*

### Conocimiento del contexto legal

Una similitud encontrada entre las mujeres entrevistadas es que, al momento de decidir interrumpir su embarazo, las mujeres no contaban con información suficiente que les permitiera llevar a cabo su aborto en las mejores condiciones posibles, de acuerdo a sus contextos. Sin embargo, en el caso de las mujeres que viven en Guanajuato, el acceso a redes o personas que les proveyeran la misma, fue menos sencillo. Por ejemplo, Aglaya, una de las mujeres cuyo testimonio no se incluyó por haber concluido el proceso con un aborto quirúrgico señaló durante la entrevista que no sabía que era factible que una mujer pudiera realizarse la interrupción de un embarazo, pero esto aparece también en Astrea quien refiere que en su primer embarazo contempló la idea de un aborto pero no contó con la información y en el caso de Astrea, quien no sabía que existen consecuencias penales para las mujeres que interrumpen un embarazo fuera de las dos causales reconocidas en el estado.

Cabe mencionar que Astrea, tuvo una experiencia previa de un aborto por el cual tuvo que enfrentar consecuencias penales, debido al desconocimiento del contexto legal y a la denuncia que realizó el personal médico que la atendió por lo que ella consideró complicaciones en el proceso de interrupción del embarazo.

*“cuando nació mi hijo, este...y que...estábamos pensando en abortar porque mi pareja es siete años más joven que yo y tenía él 17 años, eh...simplemente su familia estaba aterrados, él, él estaba también aterrado y yo no quería por este lado ni lastimarlo, pero también sentía que no era mi tiempo, pero las circunstancias me llevaron a tomar la otra decisión (la de llevar a conclusión el embarazo), que nunca me he arrepentido de eso, pero sí como haber tenido esta información hubiera sido ... uy, fenomenal, nos hubiera cambiado la vida mucho...” (Gea, 27: 64 a 69)*

*“como mi preparatoria era católica, pues nunca nos hablaron así de que había pastillas para abortar y mucho menos sabía que el aborto estaba penalizado aquí en Guanajuato” (Astrea 2: 24 a 26).*

## Accesibilidad o inaccesibilidad a servicios de salud

La posibilidad de solicitar un aborto porque interviene en los planes de vida de una mujer es una realidad exclusiva de quienes viven en la Ciudad de México, para las mujeres que viven en Guanajuato esto no es una realidad. Así mismo, acudir a solicitar atención a los servicios de salud cuando se presenta alguna contingencia durante su aborto con medicamentos, es una opción que se contempla poco debido a las implicaciones penales que puede conllevar, si se les conocen.

El acceso o la falta de acceso a servicios de salud provocan en las mujeres una sensación de seguridad e inseguridad, respectivamente. El que las mujeres de la Ciudad de México cuenten con estos, les permite también elegir entre servicios públicos o privados y, en el mejor de los casos, la técnica con la cual quieren que se realice su interrupción.

Por ejemplo, los siguientes dos testimonios permiten contrastar la experiencia de Gea, quien a pesar de sentirse mal durante el proceso de su aborto con medicamentos, no sabía a quien acudir para que le brindara atención médica, debido a la restricción del contexto legal en Guanajuato; mientras que Atenea, al acceder a los servicios de interrupción de la Ciudad de México percibe que ella y las mujeres que en ellos se encuentran, tienen la certeza de que van a estar bien y serán atendidas por personal de salud.

*“nosotros desde la mañana estábamos buscando a dónde ir, con quién atenderme médicamente y por el hecho de ser ilegal no podía explicarles a los médicos, ¿no?, ‘fue un aborto, me introduje pastillas’...” (Gea 7: 180 a 182)*

*“al salir yo de mi ultrasonido éramos 20...entonces si es algo que dije, “o sea es impactante y también te da gusto, que ya es algo legal”, que dices, “estas veinte vidas tenemos como casi el 100% de que no se van a morir, ¿no?” (Atenea 4: 95 a 98)*

## La penalización legal

Una clara diferencia entre las mujeres que viven en Guanajuato y las que viven en la Ciudad de México, es que las primeras tienen que enfrentar procesos penales y en algunos casos ir a la cárcel por abortar, cosa que no sucede en el caso de las segundas.

*“desde el momento en que yo les diga ‘oiga, quiero abortar con misoprostol’, en ese momento ‘ah, quieres abortar con misoprostol, te denuncio’ y te amenazan” (Astrea 5: 109 a 111)*

## Opinión respecto a las restricciones legales

Las mujeres entrevistadas coinciden en que la restricción legal las coloca en una situación de vulnerabilidad, en donde su vida e integridad se pone en riesgo; y por el contrario, que contar con un marco normativo que contemple la interrupción legal del embarazo las hace sentirse más seguras y protegidas, ya que les brinda la posibilidad de acceder a servicios médicos y saber que no irán a la cárcel si son descubiertas. Los siguientes extractos del testimonio de Gea permiten dar cuenta de ello.

*si creo que... en ese sentido, el hecho de que sea un aspecto ilegal hace muchas cosas ineficientes, como el que no haya una atención inmediata... (Gea, 7: 179 y 180)*

*por ser un aspecto ilegal dije “noo”, para mí era más importante morirme (risa nerviosa) que ir a tener que rendirle cuentas a alguien, no por el aspecto de ir a la cárcel, sino por el aspecto de tenerle que rendir cuentas a alguien sobre lo que yo hago, sobre mis decisiones... (Gea, 7 y 8: 184 a 187)*

### **La influencia del contexto legal en su decisión**

Las mujeres que viven en Guanajuato decidieron realizar su aborto, a pesar de saber que estaban infringiendo la ley y coincidieron con las que viven en Ciudad de México, en que el aborto debería ser un procedimiento legal y seguro disponible para cualquier mujer que lo requiera, ya que la ilegalidad no modifica la decisión de una mujer que ha elegido abortar y sí hace que el proceso sea más riesgoso.

El contexto legal es quizá el factor que más influye en la experiencia de las mujeres. En las narraciones fue muy notorio cómo para las mujeres que viven en la Ciudad de México, el sentimiento de la clandestinidad o paranoia relacionada a lo penal no aparece en el discurso y cómo, por el contrario, en las mujeres que viven en Guanajuato es un elemento con una fuerte presencia. Un elemento en común en la experiencia de las mujeres que viven en Guanajuato, es que ambas mencionaron desconfiar del personal de salud, ya que les identifican como potenciales denunciantes si saben que abortaron con medicamentos.

Existen dos elementos en los que coinciden contundentemente las mujeres de ambos contextos, el primero de ellos es que el contexto legal no afecta la decisión de una mujer que ha definido interrumpir su embarazo y el segundo, que el que sea legal no garantiza que exista la aceptación y el respeto de la sociedad frente a este derecho.

Es relevante mencionar que el contexto de restricción legal también incide en las mujeres defensoras de derechos humanos que trabajan para garantizar el aborto seguro a sus pares, esto apareció en la narración de Rosy, la informante clave que pertenece a la organización Las Libres, quien comentó que institucionalmente se han tenido que documentar y generar alianzas, pues saben que su trabajo puede tener consecuencias legales para las personas de su organización y para las mismas mujeres.

### **3. La intervención de personal de salud**

*“creo que con un médico medio que sí le dije ‘oiga y no podría ser aspiración y no sé qué’... dice ‘no, con medicamento, usted no tiene más de diez semanas” (Artemisa)*

#### **Accesibilidad a estudios y medicamentos**

Las mujeres residentes en la Ciudad de México recurrieron a servicios de salud de dicha entidad en los cuales, a través de su personal, accedieron a análisis y ultrasonidos para determinar el número de semanas de embarazo, así como al medicamento para su aborto. Incluso en uno de los casos, se canalizó a la mujer a servicios de atención psicológica cercanos a su domicilio.

En los casos de las mujeres que viven en Guanajuato tuvieron contacto con personal de salud únicamente en casos donde consideraron existía una contingencia o bien para resolver alguna duda y en cuyos casos se encontraban fuera de su ciudad de origen.

Por ejemplo, durante el proceso de aborto de Astrea, la mujer de la organización Las Libres que le brindó acompañamiento llamó a un amigo médico que radica en la Ciudad de México, para pedir asesoría respecto a qué medicamentos podía darle para que se sintiera mejor. En el caso de Gea, ella y su pareja tuvieron que trasladarse a otro municipio para que pudiera ser atendida por una médica, porque se sentía mal. Cabe mencionar que a diferencia de Artemisa y Atenea que interrumpieron su embarazo en la Ciudad de México, quienes tuvieron la posibilidad de que les realizarán estudios y las atendiera personal de la Secretaría de Salud, las dos mujeres que interrumpieron en Guanajuato no contaron con estas mismas circunstancias, como puede apreciarse en el contraste de los siguientes testimonios.

*“nos empiezan a hacer primero pruebas de... de sangre, mientras estamos tomando agua para el ultrasonido” (Artemisa 4: 75 y 76).*

*“entonces fuimos con esta doctora que está afuera de la ciudad...” (Gea 8: 192 y 193).*

### **Sensación relacionada con la seguridad de que su vida estaba a salvo**

Recibir información y atención de personal de salud, permitió que las mujeres se sintieran más seguras de que su proceso de aborto con medicamentos no ponía en riesgo su vida, ya que estaban en manos de personas expertas que además de darles la información, podían atenderlas si se presentaba alguna complicación. Lo anterior coincide con la percepción de Alejandra, servidora pública de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, quien fue informante clave de esta investigación y señaló que, con base en su experiencia, las mujeres sienten mucha tranquilidad de no estar realizando un acto ilegal y al estar atendidas por gente experta. Lo anterior es confirmado a través de los testimonios de Metis y Atenea.

*“ya cuando hablas con la enfermera te ayuda mucho, te da mucha seguridad” (Metis 4: 79 y 80).*

*“dices, ‘estas veinte vidas tenemos como casi el 100% de que no se van a morir, ¿no?’, o sea que están bajo una...o sea, sí, como algo médico que te van a decir ‘tienes que hacer, esto, esto y esto y adelante’ ” (Atenea 4 :97 a 99)*

### **La consejería por parte del personal de salud**

Con base en la información compartida por las mujeres, es posible advertir que la consejería tuvo influencia en tres dimensiones: contrarrestó mitos en torno al aborto, como es el que afirma que éste puede provocar esterilidad; ofreció información sobre los síntomas que se presentan en un aborto con medicamentos y los signos de alarma; y en el caso de Artemisa, sirvió para identificar la necesidad de recibir atención psicológica, servicio al que fue canalizado por el personal del Programa de ILE.

Por otro lado, la consejería, de acuerdo a lo señalado por Alejandra, la informante clave de la Secretaría de Salud, se otorga grupal e individualmente. En contraste Atenea sólo refirió la consejería grupal en la cual les explicaron cómo usar el medicamento y los síntomas de alarma.

De lo mencionado anteriormente, se tienen los siguientes ejemplos:

*“le dije ‘no, ¿tiene algún problema con que ahorita haga esto del ILE y después yo quiera tener un bebé y ya no voy a poderlo tener?... Me dijo ‘no manches, para nada, o sea ahorita haces el ILE y si adelante, igual no te vuelves a cuidar’...” (Atenea 5: 124 a 126)*

*“en general sí lo platican, ‘vas a ver esto, como en de...media hora a tres horas, van a sentir dolores, van a empezar a tirar coágulos hasta del tamaño de una naranja, si es más grande del tamaño de una naranja hay que tener precaución y cuidado’ ” (Artemisa 7: 181 a 183)*

*“...entonces...este ya...eh...me apoyaron, me dieron una dirección acá en Coyoacán para que fuera a apoyo psicológico y legal” (Artemisa 4: 86 y 87)*

### **La relación médico(a) / paciente**

Si bien el trato que cada mujer recibió de las y los médicos que las atendieron puede tener características diferenciadas, un elemento en común que apareció en sus relatos es la relación asimétrica de poder que

establecen con ellas, la cual se traduce en regaños, información incompleta y el no respeto pleno a su autonomía.

Entre las mujeres que abortaron en la Ciudad de México, dos de ellas hicieron una solicitud explícita para que el procedimiento se realizara con AMEU, la cual se les negó bajo la explicación de que por protocolo esa técnica únicamente se utiliza para las mujeres provenientes de los estados o que tienen 10 semanas de gestación o más.

En el caso de Metis, quien acudió a un servicio privado, incluso le negaron la edad gestacional de su embarazo, argumentando que esa es información que no les dan a las mujeres, lo cual ella considera como parte de una estrategia de venta, ya que no les dan toda la información y no les queda otra que realizar ahí el procedimiento de interrupción.

Por su parte, Atenea manifestó que sintió que la presionaron para elegir un método anticonceptivo de larga duración, aun cuando fue clara en que sólo quería utilizar condón. Los siguientes testimonios permiten ilustrar lo mencionado.

*"le pregunté 'oye, y cuánto tengo' y me dijo 'no, es que no te puedo decir porque ya estando aquí muchas personas se arrepienten'..." (Metis 3: 53 y 54)*

*"creo que con un médico medio que sí le dije 'oiga y no podría ser aspiración y no sé qué'... dice 'no, con medicamento, usted no tiene más de diez semanas'..." (Artemisa 11: 307 a 309)*

*"la atención está bien. un poco medio neceaban, porque era así de 'qué método te vamos a poner' y yo 'ninguno, condón' y ellas 'cómo condón, no, a huevo te tienes que ir con algo'..." (Atenea 17:548 a 550)*

### **Señales de alerta en los servicios públicos**

A través de la experiencia de Artemisa es posible ver como en el centro de salud al que acudió para solicitar su ILE, algunas mujeres necesitaron ir más de una vez para lograr acceder al servicio, porque a pesar de haber dormido afuera del mismo, no lo consiguieron. A diferencia de estas mujeres, el que ella fuera canalizada por el Fondo María, le permitió ingresar al centro de salud al poco tiempo de haber llegado y acceder al servicio de ILE en primer lugar, incluso cuando ya había mujeres esperando dentro.

*"llego a la... a la... la puerta, y ahí está el policía como con veinte personas afuera ...'ya nadie puede entrar'...'pero si aquí me quedé a dormir' unas (Artemisa 4: 67 a 69)*

*"ya me acerco la... a otra puerta de acceso...'ah, sí linda- bien atentos-, claro que sí, aquí está su nombre, de fundación María, pásele'... pues ya me meten...adentro, y ya estaban como 23 o 24 chavitas, la mayoría muy joven, entonces yo entro y ya dicen 'Fundación María primero pasa'..." (Artemisa 4: 71 a 74)*

Otro elemento que emergió de los relatos de Artemisa y Atenea, es que consideran que el aborto con medicamentos es priorizado en los centros de salud porque ahorra recursos económicos a la Secretaría de Salud, ya que es un procedimiento que realizan en sus casas y no les implica pagar quirófanos o usar camas.

*"o sea, ya si deciden que les sale más barato la pastilla, ok güey, pero dime cómo chingados revierto el hecho de que me desangre" (Atenea 18:545 a 548)*

Finalmente, considero importante recoger la experiencia de Eufrosine, una de las mujeres que no cumplió los criterios de inclusión de la tipología ya que su aborto se realizó mediante un AMEU. Ella realizó su aborto en una clínica privada y recibió atención por parte de personal médico, sin embargo, la información que le proporcionaron no fue suficiente para eliminar la idea de que el producto que abortó no era un bebé, lo cual ocasionó que durante mucho tiempo sintiera culpa.

En resumen, en las experiencias de aborto de las mujeres que viven en la Ciudad de México hubo mayor intervención del personal de salud, ya que fue quien brindó la información, los medicamentos y la revisión posterior; mientras en las experiencias de las mujeres que viven en Guanajuato, dicha intervención se limitó a momentos específicos del proceso. Si bien es cierto que todas las mujeres señalan que se les presentó el miedo de que algo saliera mal durante el proceso de aborto y su vida se pusiera en riesgo, en el caso de las mujeres de la Ciudad de México, contar con la intervención del personal de salud contribuyó a reducir dicha sensación, por la certeza de que las atenderían en caso de alguna contingencia; mientras que para las mujeres que viven en Guanajuato, acudir a algún servicio de salud implicaba el riesgo de ser denunciadas o de no ser atendidas.

Las mujeres entrevistadas, independientemente del contexto al que pertenecen, comparten la preocupación de ser juzgadas por el personal de salud y señalan (a excepción de la atención brindada a Artemisa) que la información que recibieron se limitó al aspecto biomédico y dejó de lado sus contextos, creencias, historias, etc.

#### 4. La experiencia física

*“yo me acuerdo que era rojo, como una bolsita blanca llena de sangre... porque primero te salen muchos coágulos...” (Metis)*

Las diferencias y similitudes que existieron en relación a los síntomas experimentados radican únicamente en la intensidad de los mismos, aunque es necesario señalar que no todos los síntomas mencionados fueron vividos por todas las mujeres y que los más mencionados fueron los cólicos y el sangrado, como es posible ver en los siguientes testimonios.

*“El domingo al medio día me puse mis pastillas y como a las...cuatro horas... empezaron los dolores, unos dolores muy fuertes, muy muy muy muy fuertes, que ni con el analgésico se te quitan” (Metis 4: 84 a 86)*

*“no recuerdo si fueron dos o tres horas que estuve en el baño, sentada en la taza porque era así, sangra, sangrar y sangrar...” (Atenea 7:171 y 172)*

*“vomité cabrón, o sea yo era el exorcista, así, por abajo...por la boca, por la cola, por todos lados te salía de todo, yo era de "no mames, me voy a morir aquí"... (Atenea 8:223 y 224)*

*“siento un calor aquí (se toca el vientre), un desprendimiento y ya voy al baño y... ya salió...la bolsa, chiquita, chiquita...así fue...” (Artemisa 5:105 y 106)*

*“empieza a desprenderse el cuerpo, empiezas a sangrar, vas a desprender los restos, es como un coágulo pequeño que uno lo puede ver” (Gea 5:121 y 122)*

## 5. El acompañamiento

*“creo que es esencial que esté con alguien que le de valor, que la acompañe simplemente, ¿no?, que tome su mano...” (Gea)*

### El acompañamiento por parte de la pareja

En los casos de Gea, Atenea y Metis, quienes decidieron comunicarles a sus parejas que estaban embarazadas y no querían continuar con el embarazo, el acompañamiento más significativo fue realizado por ellos. Es importante tener en consideración que las mujeres decidieron vivir el acompañamiento de su pareja cuando sabían que esta les apoyaría en su decisión, cuando creyeron que se opondrían, no le compartieron que estaban embarazadas, como sucedió en la experiencia de Astrea.

*“ir con mi esposo fue... fue bien, me encantó porque me apoyó mucho, no me sentí así, como desamparada.” (Metis 4: 80 y 81)*

*“Paco así de ‘¿estás bien, estás bien?’, y yo ‘sí’, ‘¿llamamos a la clínica?’...y leíamos ‘tendrá usted mareos, tendrá usted escalofríos, tendrá usted bla, bla, bla’ ” (Atenea 7:182 y 183)*

### El acompañamiento por parte de otras personas y/o instituciones con conocimientos respecto al aborto con medicamentos.

Todas las mujeres de Guanajuato, recibieron acompañamiento por parte de la Asociación Civil “Las libres”, a quienes llegaron a través de profesoras de la universidad, amistades, etc. En la organización les proporcionaron la información respecto al funcionamiento e indicaciones para el uso del medicamento, los medicamentos con los cuales llevaron a cabo su aborto, un número celular al cual podían llamar las 24 horas, a asesoría psicológica y el vínculo con una ginecóloga en caso de requerirlo. En el caso de Astrea, además contó con el acompañamiento presencial de una de las trabajadoras de la ONG durante todo su proceso de aborto.

En la Ciudad de México, Artemisa recurrió a una Organización de la Sociedad Civil “Fondo María”, cuya intervención consistió en canalizarla al centro de salud en donde realizó su interrupción y Atenea recibió información vía electrónica por la conocida de un amigo suyo.

*“yo le tengo muchísima confianza a ella (refiriéndose a Verónica, integrante de Las Libres) y como yo sé que no es la primera vez que ella la hace, que ellas a eso se dedican, que ellas conocen muy a fondo del tema, muy a fondo de la situación, realmente confié plenamente en ellas” (Astrea 19: 531 a 533)*

*...me desahugué y ya les platicué la violencia...verbal y todo y ya me dijeron "no pues sí", y ya me asesoraron también para que viniera aquí a Copilco a apoyo psicológico (Artemisa 8: 211 a 213).*

### La ausencia de acompañamiento

Sólo en el caso de Artemisa no existió un acompañamiento durante su aborto. Si bien es cierto que contó con apoyos puntuales durante el proceso, como el del Fondo María, para acceder a los servicios de salud o el de su compañera que fue con ella el día de la interrupción, porque necesitaba ir acompañada de alguien; a lo largo de la entrevista manifestó haberse sentido sola. Incluso en la narración cuando habla de los síntomas que tuvo después de tomar el medicamento, se describe sola, caminando cerca de su casa y tratando de que nadie se diera cuenta de lo que está sucediendo.

*"y con ganas de hablarle a mi compañero, dije "no, me tengo que aguantar, pues ya ni modo, aquí"... (Artemisa 4: 96 y 97)*

Contar con el acompañamiento de alguien durante su aborto con medicamentos contribuyó a que las mujeres se sintieran más tranquilas y como ellas mismas lo dijeron, a no sentirse solas. Así mismo, quienes hicieron este acompañamiento apoyaron en actividades de cuidados, búsqueda de información o el seguimiento de las indicaciones para el uso del medicamento. Es así que la presencia o ausencia de acompañamiento impactó tanto en el ánimo de las mujeres, como en la posibilidad de contar con información útil para llevar a cabo su interrupción de embarazo, e incluso en la resolución frente a contingencias que pudieron presentarse durante el proceso.

Una diferencia clara entre las mujeres que abortaron en Guanajuato y las que lo hicieron en la Ciudad de México, es que en el caso de las primeras recibieron un apoyo institucional, además del de su pareja en el caso de Gea, este acompañamiento está basado en la experiencia de muchos años de apoyo a mujeres que desean abortar con medicamentos. En el caso de las segundas, el acompañamiento se dio por parte de alguna persona, la pareja en dos de los casos.

Al respecto vale la pena mencionar que Rosy, integrante de la organización en Guanajuato e informante clave, señaló que para ellas el acompañamiento debe ser integral, por lo cual consideran importante conocer un poco de la historia de la mujer, para poder hacer un seguimiento más cercano a lo que necesitan. Es decir, mencionó que parten del hecho de que cada mujer es distinta, por lo cual, en la orientación para el uso del medicamento, otorgan la información de acuerdo al perfil de esta y siempre sugieren que lo usen vía vaginal en el momento que se sientan más cómodas. Otro aspecto que resaltó es la importancia que para ellas tiene que las mujeres cuenten con un número celular en el cual saben que les van a contestar sin importar la hora en la que llamen, ya que considera que eso contribuye a que las mujeres vivan más tranquilas su proceso de aborto con medicamentos.

## **6. Las emociones**

*"O sea, es como, no sé, una lucha interna muy cabrona... pero sí estaba segura...y de...lo. o sea, es una dualidad, como que sí es algo cabrón ¿no?" (Atenea)*

La ambivalencia es el sentimiento al que más hicieron referencia todas las mujeres entrevistadas. Éste tuvo que ver principalmente con el choque entre la seguridad de no querer continuar con el embarazo y las dudas o temores causados por la falta de información respecto al aborto con medicamentos y a los discursos en contra del mismo, como puede apreciarse en los testimonios de Atenea y Gea.

*"o sea, es como, no sé, una lucha interna muy cabrona... pero sí estaba segura...y de...lo. o sea, es una dualidad, como que sí es algo cabrón ¿no?... (Atenea 5: 106 y 107)*

*"creo que sí quería ese bebé, pero como digo, no me hubiera dado cuenta si no lo hubiera hecho y creo que a lo mejor me hubiera estado lamentando mucho de "ay, estoy embarazada, ay..." (Gea 25:728 a 730)*

La culpa apareció en todas las mujeres, en algún momento del proceso de aborto con medicamentos, sin embargo, esta no estuvo relacionada con el contexto en el que viven, sino con procesos muy personales, por ejemplo, en el caso de Metis estuvo relacionada con el hijo que tiene y a quien equiparó en algunos momentos con el producto que decidió abortar.

*"me sentía culpable porque decía 'ay, ya tengo un hijo, cómo voy a hacer eso..." (Metis 8: 214 y 215)*

No todas las mujeres manifestaron haberse sentido tristes, este sentimiento estuvo presente con mayor énfasis en la experiencia de Gea, quien compartió que su decisión de abortar se debió principalmente a la falta de condiciones económicas y que- a diferencia de las demás mujeres- sí tuvo deseos de llevar a término su embarazo. También Artemisa y Metis manifestaron haber sentido tristeza, pero en menor medida.

*"me siento triste porque pues sucedió y tuve miedo para no tener el coraje y pues, decididamente decir "pues me vale lo económico, me vale todo lo demás, me voy a sobreponer y ya, ¿no?" (Gea 5: 114 a 115)*

El miedo fue otro de los sentimientos que se presentó con fuerza en las mujeres. Todas manifestaron miedo a no poder llevar a cabo su aborto o que existieran complicaciones médicas en el mismo. En el caso de Atenea y Artemisa, quienes abortaron por primera vez, hablaron del miedo a lo desconocido. Finalmente, una diferencia entre las mujeres de la Ciudad de México y las de Guanajuato, es que las segundas enfrentaron el miedo a ser encarceladas.

*"mucha ansiedad, mucha ansiedad, de hecho, el mero día sentía una ansiedad que decía yo "ay, qué es esto tan horrible que siento", un miedo...un miedo de...de decir, y si no me lo hacen, y si... cómo va a ser, o sea de incertidumbre, porque no sabes, o sea no sabes..." (Artemisa 6: 142 a 144)*

*"le digo a Vero 'tengo mucho miedo, tengo mucho miedo de estar sola, no quiero estar sola, en ese momento yo no quiero estar sola'..." (Astrea 16: 452 y 453)*

Es posible afirmar que al concluir el proceso de aborto con medicamentos y al lograr llevar a término un embarazo que no deseaban o no podían continuar en ese momento de sus vidas, dio a todas las mujeres un sentimiento de tranquilidad y liberación; incluso en el caso de Gea en donde la decisión implicó mayor grado de tristeza.

*"si te libera cuando sientes que traer otra vida no es oportuno, creo que pues ni modo, igual el parto no sabes lo que te va a tocar" (Gea 20: 560 y 561)*

*"me siento extremadamente agradecida, afortunada..." (Atenea 19: 584)*

La intensidad con que estos se vivieron dependió de las situaciones personales, por ello las similitudes y diferencias- a excepción del miedo a ser encarceladas- no están dadas por el lugar en el que viven, sino por aquellas coincidencias en sus vidas. Por ejemplo: a) La culpa fue referida en mayor medida por aquellas mujeres que ya eran madres, como en el caso de Gea, Metis y Artemisa. b) El miedo a los efectos que el aborto con medicamentos tendría en su salud fue algo que manifestaron quienes abortaron por vez primera, tal fue el caso de Atenea, Artemisa y Metis. c) A excepción del caso Gea, quien manifestó el deseo de haber continuado su embarazo, si hubiera contado mejores condiciones económicas, la tristeza estuvo asociada a la falta de compañía durante el proceso de aborto con medicamentos.

Debido al miedo al rechazo que pueden manifestar otras personas por su decisión de interrumpir el embarazo, las mujeres decidieron compartir lo menos posible su experiencia. De esto dieron cuenta todas sus narraciones y la resistencia que mostraron cuando les hablé de la posibilidad de tener una entrevista grupal.

## 7. La maternidad

*"la gente cree que las mujeres son hechas para ser mamás siempre, ¿no? y hay mujeres que sí lo desean y habemos mujeres que no, nunca hemos estado pensando 'ay, me voy a llenar de hijos y ay si, voy a ser la gran madre, ¿no?' "*  
Gea

Una reflexión compartida por las mujeres, es la idea de que la maternidad se mira como algo ineludible al ser mujer. De acuerdo a sus experiencias, las personas a su alrededor daban por sentado que ellas querían ser madres o deseaban que lo fueran y se los expresaban ejerciendo sobre ellas cierta influencia. Incluso Gea señala que la razón por la que tuvo a su primer hijo, obedeció a la carga que al respecto sintió por parte de su familia y amistades cercanas. Los mensajes que recibieron respecto a la maternidad ejercieron presión durante el proceso de enterarse que estaban embarazadas y decidir que querían interrumpir el embarazo, ya que, en mayor o menor medida, significó contradecir las expectativas que otras personas tenían sobre su posible maternidad.

*"un día se lo escuché decir a un sacerdote de aquí de León...ya cuando había pasado lo que a mí me pasó, lo dijo así en una misa, que dios dijo que las mujeres tenemos que tener los hijos que dios nos mande... que porque si no, pues era pecado, que te estuvieras cuidando y bla, bla, bla"* (Astrea 9: 230 a 232)

*"te dicen los amigos así de 'ah, ya sabes que no sé quién está embarazada ¿y tú no te vas a embarazar?'"* (Atenea 9: 246 y 247)

*"... desde el día que les decía que no iba a tener hijos, entonces era 'ay, por favor un nieto'... entonces este, me pesaba mucho su imagen y...mis suegros* (Gea 23: 671 a 673)

### Maternidad versus proyectos personales

La mayoría de las mujeres mencionó que una de las razones por las cuales optó por interrumpir el embarazo respondió a las afectaciones que habría sufrido su proyecto de vida si no lo hubieran hecho; en casos como el de Atenea y Metis estaba de por medio el deseo de continuar avanzando en su vida profesional; en Astrea estaba el deseo de disfrutar a su pareja y a su hija; a Artemisa le permitió mantener su decisión de separarse de su ex esposo quien ejercía violencia emocional y sexual en su contra. Como puede observarse, la similitud entre las mujeres de ambos contextos fue el deseo continuar con sus planes, incluso para Gea, quien manifestó el deseo de haber continuado el embarazo, pero decidió que era prioritario estar bien emocionalmente y económicamente para poder volver a ser madre.

*"si traigo otro hijo no va a ser lo mismo...no me gusta estar en la casa, no me gusta ser ama de casa, si traigo otro hijo lo que quiero nunca va a llegar, son cosas que te van atando..."* (Metis 8: 217 y 218)

*"ya después vendrá otro bebé, ya cuando hayamos disfrutado bien a la niña, ya cuando hayamos salido a divertirnos, que al cine, que al parque, que una cosa que otra, vendrá otro bebé"* (Astrea 21: 613 a 615)

### Resignificando la maternidad

Todas coinciden en que la maternidad debe ser una decisión motivada por un deseo y la cuestionan como mandato social. De esta manera señalan que existen mujeres que no desean ser madres o para quienes la maternidad no representa su único medio de realización personal. Así mismo, manifestaron que les parecía importante sensibilizar a la sociedad respecto a lo anterior, con la finalidad de revertir la idea de que todas las mujeres anhelan ser madres y que las que no lo quieren están mal o son malas, así como del posible daño que pueden sufrir las y los niños que nacieron sin ser deseados por sus madres.

*“veo las noticias y veo tanto niño que es golpeado, maltratado, humillado y yo me pongo a pensar que todas esas mamás que hacen eso, son mamás que no querían a sus hijos, o sea, no querían estar embarazadas y yo no quería ser una mamá de esas” (Metis 10: 269 y 271)*

*“qué bonito, que cuando tengas un hijo lo quieras, así como yo quiero a mi hija y como muchas mamás quieren a sus hijos” (Astrea 9: 238 a 240)*

A través de lo que las mujeres narraron es posible advertir que su experiencia de aborto las confrontó con lo que significaba la otra posibilidad, la de ser madres y frente a ello todas reivindicaron la maternidad como una elección personal. También manifestaron que es una gran responsabilidad para la cual una mujer se debe sentir lista, de manera que pueda ofrecer amor, cuidados y todo lo necesario a la persona que dé vida.

Es importante señalar que, a pesar de los avances que se han logrado para desmontar los estereotipos de género existentes, entre los que destaca la idea de la maternidad como destino inherente del ser mujer, de acuerdo a la experiencia de las mujeres a quienes entrevisté aún persiste dicha idea en la sociedad y han percibido de su entorno la exigencia de cumplir con este precepto. Parece que los mensajes que recibieron de la familia, las amistades y la religión no sólo les señaló a las mujeres que debían ser madres, sino que hay una manera específica de serlo, la cual, entre otras características prioriza la maternidad por sobre todas las cosas, incluso por el bienestar personal y el de las y los hijos, idea que señalaron debe revertirse en nuestra sociedad.

## CAPÍTULO 6 DISCUSIÓN

En este apartado centraré la discusión de los resultados de mi investigación en dos aspectos. El primero se refiere al aborto como un derecho y el segundo al derecho a la autonomía sobre el propio cuerpo.

### El aborto como derecho

Abordar el aborto como un derecho implica considerar dos dimensiones:

- Aquello que las mujeres vincularon al derecho *de jure* y *de facto*, es decir, lo relacionado con los derechos reconocidos jurídicamente y con el acceso real a dichos derechos.
- Aquello que las mujeres reconocieron como parte de su derecho a interrumpir un embarazo, aun cuando ello transgrede el orden jurídico.

Las dimensiones planteadas son resultado de la riqueza que brindó comparar las experiencias de las mujeres en ambos contextos. Al respecto, me parece pertinente destacar lo siguiente:

- a) El aborto es ante todo una experiencia personal, por lo que concebirla únicamente desde la dimensión de lo jurídico limita la posibilidad de visualizar las distintas realidades que enfrentan las mujeres, las relaciones de poder a las que se enfrentan y las desigualdades que conllevan.

Por ejemplo, Artemisa habló de cómo su embarazo fue resultado de la coerción por parte de su marido para tener relaciones sexuales, es decir, aunque no lo nombró como tal, su embarazo fue producto de la violencia sexual que vivía con él. Esta situación además de permitir evidenciar las relaciones de poder entre mujeres y hombres, también da muestra de la desigualdad que genera entre mujeres una legislación como la de nuestro país, ya que no es difícil imaginar que la misma situación experimentada por una mujer que vive en Guanajuato habría hecho que su acceso al aborto con medicamentos fuera más complicado, teniendo como posible resultado consecuencias en su salud e integridad personal.

Aunado a lo anterior, se ha presentado información proporcionada Human Rights Watch en la que muestran que aún en los casos en donde existe una denuncia por violación, las mujeres en Guanajuato no acceden a la interrupción de su embarazo, lo cual confirma que en el caso de vivir en esta entidad, Artemisa probablemente habría parido el producto de la violencia sexual que vivía con su esposo, o arriesgado su vida para poder interrumpir el embarazo.

- b) Si bien el contexto de legalidad del aborto es un facilitador para que las mujeres accedan a servicios seguros, este no es el único elemento que determina que la experiencia de aborto sea vivida como un derecho. Ejemplo de ello es que las restricciones legales en el caso de Guanajuato no impidieron que las mujeres reflexionaron -en mayor o menor medida- acerca de su decisión como un derecho, ni garantizaron que la legislación de la Ciudad de México y su respectivo acceso en los servicios de salud, se viviera como tal. Por ejemplo, el servicio de interrupción del embarazo que recibió Artemisa fue nombrado por ella como una ayuda, esta situación no es exclusiva de las mujeres que solicitan un servicio de ILE, sin embargo, es posible que en ellas se agudice dicha sensación debido a la carga social que tiene el tema.

Es así que contar con la intervención de personal de salud durante su proceso de aborto y no poner en riesgo su vida, como ellas lo señalaron, puede ser suficiente en el proceso de interrupción del embarazo, dejando de lado aspectos importantes tales como su derecho a conocer las técnicas existentes y la elección de la misma (si existe esa opción, de acuerdo al número de semanas de gestación), o bien, el que las presionen para que se vayan con el uso de un método anticonceptivo.

Otro elemento importante de considerar en el contraste de los dos contextos analizados, es que además de los efectos que puede tener en la salud de las mujeres el no contar con acceso a servicios legales de aborto, existe el hecho tangible de que la decisión de abortar puede implicar para las mujeres que viven en Guanajuato la posibilidad de ser privadas de su libertad si son denunciadas por alguna persona. Ya que como se ha mencionado en el apartado teórico, de acuerdo al Grupo de Información en Reproducción Elegida, se calcula que entre 2009 y 2011, 679 mujeres fueron denunciadas a nivel nacional por el *delito de aborto* y muchas de estas denunciadas fueron realizadas por personal de servicios públicos de salud.

Prueba de ello es la experiencia previa de aborto que vivió Astrea en 2008 y de la cual habló en su entrevista. Al respecto comentó que enfrentó un proceso penal al ser denunciada por el personal médico de un centro de salud al que acudió al sentirse mal en el proceso de aborto. Además de lo anterior, el personal de salud grabó el procedimiento de AMEU al que tuvieron que someterla y no le suministró medicamentos para aminorar el malestar que sentía.

- c) En contraste, Aglaya mencionó que el hecho de que el aborto no esté garantizado para todas las mujeres es discriminatorio y ocasiona que no exista un buen trato hacia mujeres que, como ella, deciden abortar y las obliga a poner en riesgo su vida.

En tal afirmación presumo que ella se posiciona como sujeta de derechos, aun cuando de acuerdo al marco legal de su estado su aborto haya estado fuera de la ley. Así mismo, expresa de manera clara y contundente lo que la literatura especializada ha señalado de manera reiterada, que la situación legal del aborto puede tener consecuencias severas para la salud de muchas mujeres que abortan en contextos restrictivos, ya que como menciona Singh (2009), las barreras legales se traducen en barreras para el acceso a servicios de aborto seguro y las complicaciones derivadas de esto pueden ir desde una hemorragia o infección, hasta complicaciones como un shock séptico, perforaciones y laceraciones de órganos pélvicos.

- d) Me parece pertinente señalar que la noción del aborto como derecho, en particular como parte del derecho a la salud sexual y reproductiva, es un proceso que en nuestro país está en construcción y que, de la misma manera, en las mujeres es un proceso que se desarrolla acorde a las experiencias y herramientas que tenían previo a la experiencia, es decir, la autonomía y determinación sobre el propio cuerpo que las mujeres poseen, se ve influenciado también por el contexto en el que viven.

En este ejemplo, la conceptualización de Brown (2013) y Lamas (2007) respecto a la autodeterminación permite explicar lo anterior, ya que si bien enfatizan el poder de elección que tiene cada persona, reconocen que la aprobación o desaprobación del Estado tiene influencia en las decisiones que toman las personas y yo agregaría, en como son vividas dichas decisiones. En materia del aborto con medicamentos, como hemos visto a lo largo de los relatos de las mujeres entrevistadas, el contexto legal, juega un papel central en la vivencia de las mujeres.

- e) Considero que el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, no está garantizado plenamente para las mujeres de las entidades señaladas ya que como señalé en el apartado de resultados: a) ninguna de ellas conocía a ciencia cierta que podía solicitar la interrupción de un embarazo en los servicios de salud de la Ciudad de México, independientemente de su lugar de origen, lo cual atribuyo a una difusión poco efectiva de la información al respecto y considero que se traduce en un obstáculo para el acceso al mismo; b) el personal de salud de la Ciudad de México asignó el

aborto con medicamentos a dos mujeres, aun cuando estas explicitaron su deseo porque se realizara con AMEU; c) el personal de salud de Guanajuato, como pude observar a través de las experiencias de Astrea y Gea, sirven como una especie de extensión del sistema penal, por lo cual criminaliza a las mujeres por encima de su derecho a la vida y la salud; d) finalmente, con base en la experiencia de Artemisa, fue posible identificar que las mujeres de la Ciudad de México aún enfrentan obstáculos para acceder de manera expedita a la interrupción del embarazo, ya que encontró mujeres que habían asistido varios días y aún no tenían respuesta.

- f) Con base en las experiencias de las mujeres entrevistadas, es posible inferir que independientemente del contexto legal, el personal de salud muestra poco reconocimiento a la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres y a las decisiones que toman, incluida la de interrumpir un embarazo. Esto es importante de señalar porque no debe obviarse que además de los procesos normativos, es importante que para que las mujeres reciban una atención de calidad y con calidez, el personal debe participar de procesos de sensibilización y capacitación. Por ejemplo, en el documento “Experiencias y opiniones de proveedores de salud sobre el Programa de Interrupción Legal del Embarazo en los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal: Un estudio cualitativo” (Contreras y cols.,: 2011), se señala que el rechazo incluso el personal que no está involucrado directamente en los servicios de ILE se declaró objetor, tal es el caso de radiólogos que se negaron a realizar ultrasonidos obligando a las mujeres a pagar servicios privados como condición para recibir el servicio. Así mismo, señala que algunos de estos profesionales ofrecían servicios de aborto en sus consultorios privados, obteniendo ganancias económicas y evidenciando una doble moral.

La situación anterior pone de manifiesto una vez más, que las mujeres pobres son las que están más expuestas a recurrir a abortos inseguros, al no poder pagar servicios privados y por otro, que como señala Díaz (2012), en su tesis de maestría, las expresiones misóginas desde la medicina tienen que ver con qué se dice y se hace con el cuerpo de las personas.

- g) Las experiencias de las mujeres permiten visibilizar pensamientos o acciones a través de las cuales se apropiaron de su proceso de aborto y re-construyeron una noción de derecho que rebasa leyes y reglamentos, una idea de derecho que responde más a una respuesta personal y/o colectiva para enfrentar una desigualdad que viven e identifican como injusta. La búsqueda de información por parte de Atenea para que sus glóbulos rojos y blancos produjeran más sangre, las charlas en las cuales Aglaya y Astrea externaron a sus amistades sus opiniones acerca de por qué las mujeres tienen derecho a abortar, así como la afirmación de Gea en donde muestra no estar dispuesta a rendir cuentas a un sistema jurídico de sus decisiones, incluso a costa de su vida, son un ejemplo de ello. Como diría Belausteguigoitia (2009) se trata de que cada mujer sea dueña de su propio cuerpo y pueda ejercer plenamente su autonomía.
- h) La información es un elemento central para el ejercicio de cualquier derecho, por lo cual pienso que tanto en los servicios públicos como quienes brindan un acompañamiento al margen de estos, deben tener como una prioridad brindar información que retome las principales preocupaciones o dudas que tienen las mujeres que están interesadas en realizar un aborto, teniendo como principios la objetividad y el respeto. Así mismo, considero fundamental que siempre se ofrezca información clara de qué es un aborto con medicamentos, cómo funciona, que en caso de no funcionar puede recurrirse a un AMEU, explicar el proceso embrionario, etc. Lo anterior para que las mujeres sepan exactamente a qué están a punto de enfrentarse, desmontar ideas fundamentadas en la manipulación que hacen grupos conservadores, como la idea de que hay un bebé o que la esterilidad es una consecuencia de cualquier aborto y para contribuir a su empoderamiento.
- i) Conocer la experiencia de las mujeres de ambos contextos me hizo pensar en lo importante que puede llegar a ser que los servicios de salud se fortalezcan a través de las experiencias de la sociedad civil

y viceversa, ya que ambos actores cuentan con lecciones aprendidas que conjuntadas pueden mejorar la calidad de la atención que brindan a las mujeres y el empoderamiento de las mismas. Por ejemplo, en los casos de quienes interrumpieron en los servicios de salud de la Ciudad de México, sobresale el hecho de que la información que les otorgaron, les brindó certeza y tranquilidad; mientras que al escuchar a las mujeres que interrumpieron sus embarazos en Guanajuato, la relevancia está colocada en el acompañamiento personalizado que recibieron por parte de la organización “Las libres”. Lo anterior me hizo pensar que los primeros pueden fortalecerse la calidez de la atención y en los segundos, se puede perfeccionar la manera de transmitir la información a las mujeres.

- j) El trabajo que realizan organizaciones de la sociedad civil, redes y colectivos para que las mujeres logren acceder a un aborto con medicamentos e incluso la autoadministración que realizan éstas al margen de la ley- con o sin el acompañamiento de las organizaciones-, son respuestas frente las falencias de un gobierno que ha sido incapaz de garantizar a todas sus ciudadanas, en condiciones iguales, el derecho a interrumpir un embarazo que contraviene sus deseos y/o planes personales, sin que esto implique poner en riesgo su salud. Este trabajo me parece innegablemente valioso, empero, considero que es muy importante que siempre exista una revisión crítica del mismo para no poner en riesgo la vida de las mujeres, eximir al gobierno de las responsabilidades contraídas en tratados internacionales y de aquellas que le confiere el marco normativo, así como para no invisibilizar las posibles deficiencias de los servicios (en el caso específico de la Ciudad de México). Esto último lo señalo con base en lo narrado por Artemisa, quien al ir referida por el Fondo María fue atendida antes que otras mujeres que habían llegado al centro de salud en el cual recibió el servicio de ILE hasta con una noche de anterioridad.

### **La autonomía sobre el cuerpo**

Respecto de la autonomía sobre el propio cuerpo quiero señalar lo siguiente:

- a) Es imposible hablar de autonomía cuando no se puede decidir, por ello para que una mujer pueda ejercer la autonomía sobre su cuerpo es menester que cuente con información clara, objetiva y cercana a su realidad, que le permita conocer las opciones que tiene, valorarlas y elegir aquella que considera mejor para sí misma. En los casos de las mujeres entrevistadas, es indudable que la información que les proporcionaron las organizaciones de la sociedad civil y el personal de los servicios de salud contribuyó favorablemente a su proceso de aborto con medicamentos.

Así mismo, con base en las entrevistadas, es posible señalar que el proceso de aborto fortaleció la capacidad de autonomía y empoderamiento de las mujeres. Esto fue visible en los momentos en que explícitamente se deslindaron de los estereotipos de género que las limitan al ámbito de la vida privada. Así, por ejemplo, Aglaya reconoció que el estigma en torno al aborto es producto de las ideas que predominan en la sociedad, pero que ello no la obligaba a ser madre o convertirse en un útero. Lo mismo sucedió en el caso de Metis, quien consideró que continuar con el embarazo la obligaría a seguir retrasando sus planes personales y a estar la mayor parte del tiempo en la casa, por lo cual optó por el aborto. Astrea, además de hablar de sus deseos personales, mencionó la importancia de que todas las mujeres sepan cómo interrumpir un embarazo de manera segura y de que aprendan a pensar y a decidir por ellas mismas.

Es así que puedo afirmar que el proceso de aborto con medicamentos detonó en las mujeres el reconocimiento o reafirmación del cuerpo como primer espacio para ejercer la autonomía, así como reflexiones que las llevaron a desear conquistar o consolidar otras autonomías, como la económica, la educativa y la sexual. Ahora bien, considero pertinente repensar la autonomía sobre el propio cuerpo y reconocer que no hay un modelo o forma única de ser autónoma. La defensa personal y colectiva de ésta no siempre está detrás de una pancarta o en

una manifestación; también se encuentra en aquellas “pequeñas” acciones que hacen grandes mujeres en los espacios privados y públicos de los que forman parte, como fue posible observar en las experiencias de las mujeres de la Ciudad de México y Guanajuato.

En el acceso al aborto el tema de lo público y lo privado se hace presente todo el tiempo, sin embargo, parafraseando a Lamas (2007), tendría que ser claro que el aborto es una cuestión que atañe únicamente a las mujeres, aunque para ejercer esa decisión requieran de la intervención por parte del Estado, a fin de salvaguardar su salud e integridad.

- b) La experiencia de las mujeres con quienes tuve la oportunidad de hablar muestra a la autonomía como una construcción constante, en donde identifiqué que existieron experiencias previas que fortalecieron su toma de decisión, tales como dejar a un esposo que ejercía violencia, a pesar de contar con pocas redes de apoyo en el caso de Artemisa e involucrarse en procesos de feminidad ecológica, en el de Atenea, por mencionar algunos. Dichas experiencias dan cuenta de rupturas con el modelo tradicional de ser mujer, lo cual me lleva a pensar que una mujer que se ha cuestionado los estereotipos de género y los ha trasgredido tiene mayores herramientas para decidir si quiere continuar o no un embarazo, a diferencia de aquellas que no lo han hecho. Este me parece un tema valioso de profundizar.

La decisión de abortar es en sí misma un ejercicio autónomo, ya que en el centro está la priorización de aquello que las mujeres consideraron mejor para sus vidas y el reconocerse como protagonistas de ella. Con base en ello y en lo que he mencionado anteriormente respecto a la autonomía como un proceso en construcción, me parece pertinente pensar en ejercicios de autonomía en el marco de un aborto con medicamentos, entendiendo a estos como aquellas acciones, afirmaciones y reflexiones que evidencian cómo las mujeres se apropiaron de su proceso de aborto.

- c) Algunas de las mujeres identificaron que el aborto con medicamentos les brindó la posibilidad de tener una participación activa en su propio proceso y realizar una serie de actividades que las hicieron sentir mejor, como fue estar acompañadas de personas de su entera confianza, involucrar sólo a quienes ellas desearon, registrar su procedimiento o ritualizar el proceso.

Esto se hizo presente cuando Atenea habla del diario que llevó durante todo su proceso de aborto y cómo a partir de lo registrado tomó decisiones que la ayudaron a mejorar su estado físico y emocional, o cuando Gea narró lo importante que para ella fue ritualizar su proceso, a través de regresarle a la tierra la energía que había recibido enterrando sus coágulos en una maceta.

Lo señalado anteriormente, coincide con la información presentada en la investigación “El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú” (Lafaurie y cols., 2005), en el que las mujeres que abortan con medicamentos bajo supervisión médica expresaron que su preferencia por ese método radica en la posibilidad de vivir el proceso de manera autónoma, en sus casas y acompañadas por personas que son parte de sus redes afectivas.

- d) Con base en la revisión teórica y las experiencias documentadas considero que la autonomía corporal y la apropiación del aborto como derecho tienen una relación estrecha, ya que es difícil ejercer los derechos- aunque se conozcan-, si no hay un ejercicio de empoderamiento, de asumir que se es dueña de la propia vida y del cuerpo que se tiene; al mismo tiempo, la autonomía sin conocimiento de los derechos se ve afectada. Al respecto, vale la pena retomar el concepto de autonomía personal planteado por Casado y colaboradores (2014), según el cual ésta se concreta fundamentalmente en el derecho a la libertad sexual y reproductiva, y de manera muy general, en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, o bien, en el derecho a planear y decidir su propio plan de vida y realizarlo.

En este sentido, algo que no estaba planteado en esta investigación pero que con base en las entrevistas considero pertinente indagar en otros trabajos, es cómo influye la percepción de la sexualidad y la forma cómo se vive en la experiencia de un aborto, ¿será que quienes ejercen su sexualidad desde el reconocimiento de su autonomía y sus derechos tienen mayores herramientas para vivir la experiencia de un aborto desde una percepción del ejercicio de un derecho?

## CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis fue documentar experiencias de mujeres que han recurrido al aborto con medicamentos, con y sin intervención de profesionales de la salud, y en contextos de legalidad e ilegalidad, para explorar las razones del uso de este método y explorar en sus narrativas si relacionan esta práctica con el ejercicio de la autonomía sobre el cuerpo y con su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Por lo presentado en el capítulo de resultados, es posible afirmar que el objetivo fue cubierto, dado que presenté la experiencia de cinco mujeres que recurrieron al aborto con medicamentos, algunas de ellas en un contexto de legalidad como lo es la Ciudad de México y otras en un contexto de restricción legal, como es el caso del estado de Guanajuato. Así mismo, presento a continuación algunas conclusiones que responden a este objetivo y a mis preguntas de investigación:

- Las principales razones por las que las mujeres entrevistadas recomendarían el aborto con medicamentos están asociadas a vivirlo acompañada de personas con las que se sienten en confianza, elegir condiciones que las hagan sentir más cómodas y evitar la sanción penal o social por su decisión; por lo cual puede afirmarse que esta práctica favorece su autonomía sobre el cuerpo y sus derechos.
- Durante su proceso de aborto con medicamentos las mujeres enfrentaron en mayor o menor medida el impacto de los discursos que están en contra del aborto, por ejemplo, la idea de que es un proceso que pone en riesgo su salud, que el producto que se aborta es un bebé y que se arrepentirán de haberlo realizado. Prefieren hablar poco de su experiencia por miedo a ser juzgadas, manteniendo en la mayoría de las ocasiones a sus familias y amistades al margen. En el caso de las parejas, sólo comparten con ellos la decisión que tomaron cuando consideran que las van a apoyar, de lo contrario prefieren no decirlo, para que no vayan a evitar que realicen el aborto.
- Por lo anterior, se puede afirmar que en las mujeres entrevistadas la vinculación entre la práctica del aborto con medicamentos con la autonomía sobre el cuerpo y el derecho a la salud sexual y reproductiva, no necesariamente estaba dada en el momento de la decisión (sin importar el contexto legal), sin embargo, fueron construyéndola en el proceso de la experiencia, como parte de la resignificación del aborto como una decisión exclusivamente personal y al cual todas deberían tener acceso en condiciones óptimas.
- Para las mujeres fue tan importante contar con alguien que conociera del aborto con medicamentos y resolviera sus dudas en cuanto al uso, síntomas y efectos del mismo, como contar con alguien que les brindara apoyo emocional. En el caso de las mujeres que abortaron en el estado de Guanajuato, ambas cosas las recibieron de una organización de mujeres que las acompañó durante el proceso, lo cual evidencia que la apropiación del conocimiento sobre el aborto con medicamentos es una respuesta frente a las limitaciones legales y demuestra que las redes de mujeres que brindan información a sus pares en la materia, les facilitan el acceso a abortos seguros.
- En seguimiento al párrafo anterior y con base en la experiencia de las mujeres entrevistadas, es posible afirmar que los abortos con medicamentos que se realizan con conocimiento propio del uso del método o con asesoría de personas que lo tienen, son abortos que se dan en condiciones seguras. Esto también puede reafirmarse a partir de la definición de aborto inseguro que ofrece la OMS (2012), en el que se señala que es un procedimiento realizado por personas que carecen de capacidad necesaria.

- Las experiencias que documenté confirman lo presentado en el apartado teórico respecto a que el contexto legal que enfrentan las mujeres no controvierte su decisión de interrumpir un embarazo, sin embargo, sí es un elemento decisivo en el acceso a servicios seguros de salud y por ende en las posibilidades que tienen de que su salud se vea afectada.
- Una de las consecuencias más importantes en la experiencia de las mujeres que abortan en contextos de restricción legal tiene que ver con el miedo que sienten al imaginar que pueden ir a la cárcel, cuando conocen las consecuencias legales de abortar fuera de las causales establecidas en la ley.
- La palabra aborto aún tiene una connotación negativa necesaria de revertir para eliminar los estigmas que se asocian a este procedimiento y a las mujeres que lo utilizan.
- Pese a la ambivalencia que se presentó en las mujeres durante su proceso de aborto al final predominó, en todas, la sensación de tranquilidad y de saber que tomaron la mejor decisión para ellas en ese momento de su vida.
- Para las que abortaron en la Ciudad de México contar con la intervención de personal de salud durante su proceso de aborto fue sinónimo de tranquilidad, mientras que para las mujeres que abortaron en Guanajuato la intervención representaba un riesgo, ya que les identificaban como posibles denunciantes.
- Sería pertinente que los servicios de salud prestaran, a través de la consejería, mayor atención al proceso emocional del proceso de aborto de las mujeres, a fin de garantizar la integralidad de la atención. Por su parte, sería conveniente que las organizaciones que brindan asesoría en materia de aborto medicamentoso, tuvieran protocolos estandarizados para la atención que brindan, a fin de evitar que se comenten errores u omisiones que afecten a las mujeres, esto es particularmente importante en los contextos de restricción legal.

## **CAPÍTULO 8 PROPUESTAS**

Como objetivos específicos planteé el conocer la experiencia de mujeres que abortaron con medicamentos con y sin la intervención de personal de salud, en contextos de legalidad y de restricción legal, así como comparar dichas experiencias.

Con base en las narraciones de las mujeres que entrevisté, presento a continuación una serie de propuestas orientadas a mejorar la atención a las mujeres que buscan un aborto con medicamentos, ya sea en los servicios públicos de la Ciudad de México o en los servicios que ofrecen organizaciones de la sociedad civil.

### **a. Propuestas generales**

- Establecer un encuadre que permita conocer con qué tipo de información cuentan las mujeres, a fin de aprovechar aquella que les sea de utilidad en su proceso de aborto con medicamentos, o bien resolver dudas y aclarar la información necesaria.
- Dar a la mujer la libertad de elegir si quiere recibir la información sola o acompañada por alguien de su confianza.
- Explicar a cada mujer aspectos del desarrollo embrionario y fetal, especificando en qué momento se encuentra su embarazo para que sepa con certeza que no se trata de un bebé y evitar sentimientos de culpa desfavorables en su proceso.
- Como parte de la información sobre qué es un aborto con medicamentos y cómo funciona, considero imprescindible señalar la posibilidad de falla del método y que la interrupción a través de la técnica de AMEU es una opción que no pone en riesgo su salud si se practica por personal capacitado.
- Difundir intensivamente que cualquier mujer, independientemente de donde viva, puede tener acceso a los servicios de ILE que se ofrecen en la Ciudad de México.
- Difundir intensivamente que el aborto es parte esencial de los derechos sexuales y reproductivos y que todas las mujeres deberían tener acceso a servicios seguros y legales.

### **b. Propuestas para los servicios de salud del Gobierno de la Ciudad de México**

Si bien los lineamientos para el servicio de ILE contemplan la consejería y no el acompañamiento, podrían incluirse en la primera algunos elementos que fortalezcan la atención personalizada que las mujeres merecen. Por ejemplo:

- Garantizar que durante la charla grupal que se ofrece para explicar cómo se usan los medicamentos y sus efectos se destine un tiempo para que las mujeres que lo deseen puedan hablar de cómo se sienten e identificar si necesitan algún otro servicio.
- Ofrecer a todas las mujeres un espacio individual, ya que algunas tienen dificultades para hablar de su experiencia, aun en presencia de otras mujeres que pasan por una situación similar a la suya.

- Establecer un protocolo de canalización a servicios de atención psicológica para aquellas mujeres que lo necesiten.
- Mejorar el servicio que brinda la línea ILETEL, a fin de garantizar que sea un mecanismo para que las mujeres, además de obtener información práctica sobre dónde acceder a una ILE, puedan contar efectivamente con un acompañamiento telefónico durante el proceso. En este sentido, es fundamental fortalecer la difusión sobre el servicio ILETEL.
- Evitar que los convenios o alianzas con organizaciones de la sociedad civil, como el fondo María, cuyo propósito es contribuir a garantizar una atención oportuna no se traduzcan en desigualdades entre las mismas mujeres.
- Ofrecer a las mujeres información completa y no sesgada sobre las dos opciones para la ILE —el aborto con medicamentos y la AMEU— para que puedan ejercer su derecho al aborto seguro de acuerdo con sus propias necesidades y deseos.
- Respetar cabalmente la autonomía de las mujeres, evitando los juicios de valor o la imposición de algún método anticonceptivo posterior a la ILE.

### **c. Propuestas para las organizaciones de la sociedad civil**

- Documentar las experiencias en el acompañamiento a mujeres que abortan con medicamentos, para identificar las lecciones aprendidas y fortalecer su trabajo.
- Contar con una ruta de atención escrita que les permita reducir al máximo los posibles errores o situaciones que pueden afectar la salud e integridad de las mujeres. Es importante que en esta ruta se establezca claramente la información que se debe proporcionar a las mujeres y una guía con las dudas más frecuentes, con la finalidad de que quien realice el trabajo de asesoría y acompañamiento dentro de la organización pueda brindar certezas y tranquilidad a las mujeres.
- En la medida de lo posible, sugerir a las mujeres que se realicen un ultrasonido previo al uso del medicamento, principalmente en aquellos casos en que no tienen certeza respecto a la edad gestacional y para descartar un embarazo ectópico.
- Informarles que para el dolor producido por los cólicos pueden hacer uso de paracetamol (500-1000mg) e ibuprofeno (200 mg).
- Generar alianzas con personal médico que pueda resolver dudas técnicas y pueda realizar AMEU en caso de que el medicamento no surta efecto.
- Difundir materiales con información completa acerca del aborto con medicamentos, particularmente en los estados.
- Cuando el aborto con medicamentos se realice en un contexto de restricción legal evitar la administración vaginal del misoprostol, a fin de no poner en riesgo a las mujeres que lo usa, ya que, en caso de ser encontrados restos del mismo, podrían ser denunciadas por el personal de salud que las atiende.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anselm, S; Corbit, J. (2002). *Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Beker, D; Díaz-Olavarrieta, C; Juárez, C; et al. (2012). Percepciones de las clientas sobre la calidad de la atención del programa de aborto legal del sector público en la Ciudad de México. En: *Perspectivas internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial, pp.21-32.
- Belausteguigoitia, M. (2009). Mirada del cuerpo en la coyuntura de la despenalización del aborto. En: Flores, J, (ed.) *Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales*. (pp. 73-83). México. UNAM, La Jornada.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, pp. 13-27.
- Brown, L; Pecheny, M; Gattoni, M; et al. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. En: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 12 (5), pp. 37-50.
- Casado, M; Luna, F; Vázquez, R. (2014). *Género y Bioética*. México. Fontana.
- Centro de Derechos Reproductivos (2008). *Los derechos reproductivos a la vanguardia, una herramienta para la reforma legal*. Estados Unidos. Centro de Derechos Reproductivos.
- Centro de Derechos Reproductivos (2010). Aborto y Derechos Humanos. En: *Centro de Derechos Reproductivos*. Consultado el 30 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/BRB-Aborto%20y%20Derechos%20Humanos.pdf>
- Centro de Derechos Reproductivos (2014). Leyes sobre aborto en el mundo de 2014. En: *Centro de Derechos Reproductivos*. Consultado el 07 de abril de 2015. Disponible en <http://www.reproductiverights.org/es/document/leyes-sobre-aborto-en-el-mundo-de-2014>.
- Chávez, S. (2015). *Avances de Derechos Reproductivos en América Latina*. Seminario virtual "Leyes Sobre Aborto en el Mundo" organizado por el Centro de Derechos Reproductivos: Nueva York.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2012). *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*. Nueva York. Naciones Unidas.
- Contreras, X; Sánchez, T; Sanhueza, P; et al. (2011). Experiencias y Opiniones de Proveedores de Salud sobre el Programa de Interrupción Legal del Embarazo en los Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal: <sup>[11]</sup>Un Estudio Cualitativo. En: *Studies in Family Planning*, 42, (3), pp.14–22.
- Díaz, S. (2012). *El derecho a la atención de la salud reproductiva de las mujeres y la inclusión de nuevos medicamentos para su uso en ginecología y obstetricia en la Caja Costarricense de Seguro Social: el caso del misoprostol*. Tesis de maestría. Universidad Estatal a Distancia (UNED). San José, Costa Rica.
- Díaz, S; Cabello CP; Díaz, P; et al. (2009). *Yo decido: Propuestas, retos y recomendaciones de las jóvenes en el marco de la despenalización del aborto en la Ciudad de México*. Manuscrito no publicado.

Falquet, J. (2005). *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet, Nicole Claude Mathieu*. Buenos Aires. Brecha Lésbica.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2007). *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. República Dominicana. FLASOG.

Gaceta Oficial del Distrito Federal. (2007). *Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal*. México. Gobierno del Distrito Federal.

Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Nueva York. Gedisa.

Grupo de información en Reproducción Elegida (2012a). *Derechos Humanos de las mujeres y protección de la vida prenatal en México*. México: GIRE.

Grupo de información en Reproducción Elegida. (2012b). *El aborto en los Códigos Penales y de Procedimientos Penales de la República Mexicana*. En *GIRE, Grupo de información en Reproducción Elegida*. Consultado el 28 de agosto de 2014. Disponible en <https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto>.

Grupo de información en Reproducción Elegida, GIRE. (2013). *Omisión e Indiferencia, Derechos Reproductivos en México*. México. RADAR4°, GIRE.

Human Rights Watch. (2006). *Victimas por partida doble. Obstrucciones al aborto legal por violación en México*. Nueva York. Human Rights Watch.

Instituto Guttmacher. (2012). *Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe*. En *Guttmacher Intitutte*. Consultado el 25 de abril de 2013. Disponible en [https://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-ES.pdf](https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf)

International Projects Assistance Services; Karolinska Institutet; International Health Division. (2002). *Salvar la vida de las mujeres: ampliando las funciones de los profesionales de la salud de nivel intermedio respecto a los servicios de aborto seguro*. En: *Serie Avances en la Atención del Aborto*, 7, pp. 56.

International Projects Assistance Services (IPAS). (s/a). *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe*. México

Juárez, F. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias*. Nueva York. Instituto Guttmacher.

Lafaurie, M; Grossman, D; Troncoso, E; et al. (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México. Population Council, Gynuity Health Projects y un donante anónimo.

Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México. UNAM.

Lagarde, M. (1996). *El género, fragmento literal: 'La perspectiva de género'*. En: *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. (pp. 13-38). España. Horas y Horas

Lagarde, M (2012). *El feminismo en mi vida: hitos, claves y topías*. México. Gobierno del Distrito Federal.

- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México. Taurus.
- Lamas, M. (2007). Algunas reflexiones relativas al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. En: J. Astelarra, (comp.), *Género y Cohesión Social*. (pp. 43-51). Madrid: Fundación Carolina.
- Lamas, M. (2009). La despenalización del aborto en México. En: *Nueva Sociedad*, 220, pp. 154-172.
- Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la Ley. La Interrupción Legal del embarazo en el DF. En: *Salud Pública de México*, 1 (56), pp. 56-62.
- Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. En: *Revista Cuadernos Médico Sociales*, 37, pp. S/P.
- Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto. (2010). *Cómo hacerse un aborto con pastillas*. Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Mies, M. (1998). ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista. En: Bartra, E, (comp.), *Debates en torno a una metodología feminista*. México. Universidad Autónoma Metropolitana –Xochimilco.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de salud*. Montevideo, Uruguay. OMS.
- Pizarnik, Alejandra (2003). *Fe en ti sola, Alejandra. Fe en ti sola*. En: Diarios. Editorial Lumen.
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato. (2009). *Decreto Número 239, de la Sexagésima Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Guanajuato, mediante el cual, se reforma el segundo párrafo y se adiciona un tercer párrafo al Artículo 1 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato*. México. Gobierno del Estado de Guanajuato.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. En *DIGIBUG*. Consultado el 7 de octubre de 2014.  
Disponible en [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti\\_Cuesta\\_articulo\\_revista\\_clepsydra.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf)
- Sedgh, G; Singh, S; Shah, IH; Ahman, E; Henshaw, SK; Bankole, A. (2012) Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 379: 625-632.
- Schiavon, R; Polo, G; Troncoso, E. (2007). *Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto*. México. IPAS.
- Schiavon, R. (2009). Aborto y derechos de las mujeres: Evidencias medico-científicas. En: Flores, J, (ed.) *Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales*. (pp. 241- 252). México. UNAM, La Jornada.
- Singh, S. (2009). *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. Nueva York. Guttmacher Institute.
- Sousa, A; Lozano, R; Gakidou, E. (2009). Exploring the determinants of unsafe abortion: Improving the evidence base in Mexico. *Health Policy and Planning*, 1-11.

Templeton, A; Grimes, DA (2011). A request for abortion. *The New England Journal of Medicine*, 365: 2198-2204.

Troncoso, E; González de León, D. (2010). Aborto con medicamentos: Una alternativa segura y eficaz para la interrupción temprana del embarazo. Hoja informativa para personal de salud (Documento no publicado).

Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. En: *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3 (8), pp. 119-139.

World Health Organization. (2007). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva. 5<sup>th</sup> Edition.

World Health Organization. (2011). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortions and associated mortality in 2008*. 6<sup>th</sup>. Edition, Geneva: WHO. [www.who.org](http://www.who.org)

## 10. REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS

Álvarez, X. (2009, 26 de noviembre). Guanajuato Suspende la venta de la pastilla de emergencia. *El Universal*. s/p.  
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/642425.html>

Cancino, F. (2010, 22 de julio). En Guanajuato seis mujeres están en la cárcel por abortos involuntarios. En: *Expansión en colaboración con CNN*. s/p.  
<http://mexico.cnn.com/nacional/2010/07/22/en-guanajuato-seis-mujeres-estan-en-la-carcel-por-abortos-involuntarios>

García, C. (2010, 01 de septiembre). Saldrán libres 6 campesinas de Guanajuato presas por abortar. En: *La Jornada*. p. 35  
<http://www.jornada.unam.mx/2010/09/01/index.php?article=035n1est&section=estados>

García, C. (2015, 25 de enero), Frenan legislación de aborto en Guanajuato. *La Jornada*. p. 31.  
<http://www.jornada.unam.mx/2015/01/26/estados/031n5est>

## 11. ANEXO GUÍA DE ENTREVISTA

Las entrevistas se realizaron contemplando tres momentos:

1. La decisión
2. La experiencia misma
3. La valoración posterior de la vivencia.

En el primer momento se indagó cómo se vivió la noticia del embarazo y cómo se tomó la decisión de interrumpirlo. En el segundo momento se exploró por qué se optó por el aborto con medicamentos y cómo fue la experiencia. En el tercer momento se buscó indagar con mayor profundidad las percepciones sobre esta experiencia.

Para abordar los distintos momentos, se utilizaron los siguientes ámbitos y preguntas en dos niveles a fin de tener opciones de preguntas que fuesen de lo general (nivel II) a lo particular (nivel I).

### Ámbitos:

- Contexto legal
- Intervención del personal de salud
- Presencia o ausencia de la pareja
- Acompañamiento
- Emociones
- Síntomas físicos
- Aborto como derecho
- Autonomía

### Preguntas por nivel

#### Nivel I

- Me gustaría que me platicues cómo te diste cuenta de que estabas embarazada y qué pasó por tu cabeza
- ¿Por favor podrías platicarme cómo fue que tomaste la decisión de abortar?
- Me gustaría que me cuentes cómo recuerdas los días previos a la interrupción
- ¿Podrías narrarme, por favor, cómo te fue con el uso de las pastillas?
- ¿Cómo crees que hubiera sido tu experiencia si hubieras tomado las pastillas sin asesoría de profesionales de la salud? (para quienes sí tuvieron supervisión médica)
- ¿Cómo crees que hubiera sido tu experiencia si hubieras tomado las pastillas con asesoría de profesionales de la salud? (para quienes no tuvieron supervisión médica)
- ¿Consideras que existieron momentos o personas claves en esta vivencia?
- Me gustaría que me cuentes cómo recuerdas los días posteriores a la interrupción
- ¿Podrías contarme, ahora a la distancia, qué te evoca recordar ese episodio de tu vida?

## Nivel II

- ¿Me podrías platicar, por favor, qué sabes acerca de la situación legal del aborto en nuestro país?
- Me gustaría que me platicues cuáles crees que son las principales razones por las cuales abortan las mujeres
- ¿Qué te hace pensar la polémica que existe en torno al aborto?
- ¿Te parece que las mujeres que abortan con pastillas quieren hablar de su experiencia?
- ¿Cómo crees que sea para una mujer abortar con pastillas sin recibir asesoría de profesionales de la salud? (en caso de que ella haya tenido supervisión médica)
- ¿Cómo crees que se sea para una mujer abortar con pastillas con asesoría de profesionales de la salud? (en caso de que no haya tenido supervisión médica)
- ¿Qué elementos consideras que influyen en cómo se vive un aborto con pastillas?