

TÍTULO: Necesidades de salud sexual reproductiva entre mujeres inmigrantes en San Juan (Puerto Rico), Madrid (España) y Nueva York (EE.UU): Anticoncepción y Embarazo No Deseado.

Estudio exploratorio sobre las experiencias y conocimientos acerca del uso del misoprostol en un grupo de profesionales de salud españoles/as y latinoamericanos/as que prestan servicios en la Comunidad de Madrid.

Yamila Azize Vargas
Ph.D. Departamento de Obstetricia y Ginecología
Escuela de Medicina, Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Raquel Casares García
MA en Género y Desarrollo
ICEI, Universidad Complutense, Madrid (España)
Investigadora para el Programa Salud Promujer
Departamento de OB/GYN, Escuela de Medicina
Universidad de Puerto Rico

Junio del 2010

1. Introducción

Este informe forma parte del proyecto “*Necesidades, Experiencias y conocimientos en salud sexual reproductiva entre los profesionales de salud y las mujeres inmigrantes en San Juan (Puerto Rico), Madrid (España) y Nueva York (EE.UU.): Anticoncepción y Embarazo No Deseado*” auspiciado por Saludpromujer, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico.

En esta parte de la investigación hemos explorado el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres inmigrantes en Madrid a partir de las experiencias y conocimientos de un grupo de profesionales de la salud acerca del uso del *misoprostol* como alternativa para interrumpir embarazos no deseados en población inmigrante y española. Este acercamiento nos ha permitido profundizar en las necesidades en salud sexual y reproductiva del colectivo de mujeres inmigrantes en Madrid y las estrategias para satisfacerlas.

El *misoprostol* es un fármaco con propiedades importantes en ginecología y obstetricia utilizado tanto en la práctica clínica como por miles de mujeres en el mundo para la interrumpir embarazos no deseados en contextos donde el aborto esta restringido de una u otra forma. En los últimos años los medios de comunicación en España han proyectado a la opinión pública una imagen del *misoprostol* importada de los países de procedencia de las mujeres inmigrantes que residen en España, desde un enfoque sensacionalista y criminalista poco certero con el verdadero problema de fondo, las necesidades y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, inmigrantes y españolas.

Como fuente de información para nuestro estudio, hemos entrevistado a un grupo de mujeres inmigrantes usuarias e integrantes de organizaciones sociales en Madrid y a profesionales socio sanitarios de servicios públicos, Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntarias del Embarazo (IVE) y de organizaciones no gubernamentales; de procedencia española y latinoamericana que trabajan los en servicios de urgencias, ginecología y anticoncepción de la Comunidad de Madrid.

En la primera parte de este informe contextualizamos el acceso de las mujeres inmigrantes al aborto y servicios de anticoncepción durante el periodo 2007-2010 en que concluimos la investigación. Más adelante exponemos los hallazgos del estudio para finalizar con las conclusiones y reflexiones acerca de las necesidades de las mujeres y retos del sistema público de salud.

2. Descripción del contexto

2.1. Mujeres Inmigrantes en España

España en las dos últimas décadas ha pasado de ser un país de emigrantes a ser un país receptor de inmigración. La población extranjera residente en España alcanzó a principios del 2009 los 5.598.691 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística (INE), representando el 12% de los residentes totales en el país. La procedencia de estas personas es de Europa Comunitaria (39%), América Latina (31%), África (21%), Asia (9%) y de otros países europeos (denominados) no comunitarios (7%) y las principales nacionalidades, la rumana (14,2%) seguida de la marroquí (12,7%) y la ecuatoriana (7,4%)¹.

Las mujeres representan el 46%² de la población extranjera, procediendo en su mayoría de América Latina y de Europa no comunitaria. En la Comunidad de Madrid viven 1.043.133 inmigrantes de las cuales un poco más del 50% son mujeres la mayoría latinoamericanas³.

¹ Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009

² Ídem

³ Instituto Nacional de Estadística 2009

La actual Ley de Extranjería⁴ determina la regularidad o legalidad de una entrada o estancia en España. A excepción de los convenios entre países como sucede con los miembros de la Unión Europea, para el resto de las personas extranjeras un contrato de trabajo o la reagrupación familiar son las principales vías para conseguir un permiso de residencia y de trabajo en el país. En el 2008 la inmigración irregular estaba cifrada en 354.000 personas⁵, según la Encuesta Nacional de Inmigración (2007) el 83,9% de las personas que inmigraron llegaron sin un contrato de trabajo previo derivando inevitablemente en periodos más o menos largos sin papeles y por ende desarrollando trabajo informal.

En España el trabajo informal se ha concentrado tradicionalmente en sectores como la construcción, la agricultura o el trabajo doméstico, todos ellos caracterizados por la inestabilidad y la precariedad laboral.

En España el 80% de las mujeres inmigrantes trabajan en el servicio doméstico y cuidado de dependientes⁶ ocupaciones a las cuales es más fácil acceder sin papeles por estar menos regulado ya que la ley en el caso de servicio doméstico, no exige un contrato de trabajo si no se trabajan al menos 20 horas semanales. Esta es una de las razones porque las mujeres solo ocupan el 36% de los contratos de trabajo a personas extranjeras⁷ y ejercen ocupaciones muy por debajo de su cualificación educativa. Aún así la contribución de las mujeres al desarrollo de sus países es notable, según el Instituto de la Mujer Español (2009) en el 2006 remitieron el 60,3% de las remesas desde España respecto al 39,7% enviado por los hombres⁸.

2.2. El derecho a la salud de la población inmigrante: El Empadronamiento y la Tarjeta Sanitaria Individual.

Las personas extranjeras residentes en España, con o sin papeles, tienen derecho a recibir prestaciones del sistema público de salud⁹. Las coberturas y servicios varían de una comunidad autónoma a otra como resultado del proceso de descentralización del sistema de salud. La tarjeta sanitaria individual (TSI) es comúnmente el requisito para recibir atención médica en los centros de salud y hospitales públicos de España, salvo para las mujeres embarazadas, menores de 18 años y casos de emergencias. Para su adquisición no es necesario ser contribuyente al Sistema de Seguridad Social a través de una actividad laboral, el principio de solidaridad y universalidad garantiza la cobertura a personas que residan en el país y estén inscritas en el Padrón Municipal¹⁰.

Toda persona residente en España tiene la obligación de inscribirse en el Padrón Municipal¹¹ garantizándose con este trámite una serie de beneficios sociales, incluida la atención sanitaria y la escolarización. Además de ser la forma más efectiva de demostrar la permanencia en España para futuras regularizaciones. De esta forma el Padrón se ha convertido en la principal fuente de registro de la inmigración sin papeles.

El derecho a la salud de las personas inmigrantes sin papeles en España, se ha convertido en un debate en tiempos de crisis económica. Recientemente el caso del Ayuntamiento de Vic negándose a empadronar inmigrantes “ilegales” pone en evidencia tensiones basadas en falsas creencias de un gasto en salud incrementado por la población

⁴ Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

⁵ Proyecto Clandestino, Comisión Europea, Julio 2009

⁶ Federación de Mujeres Progresistas (2009). Tenemos a la persona que necesita. Tres meses de garantía: Una mirada con perspectiva de género al sector del empleo doméstico. España.

⁷ Ministerio de Trabajo e Inmigración, Agosto 2009

⁸ Remesas.org. *Cuantificación de la remesas enviadas por las mujeres inmigrantes en España*. Madrid. 2008. Instituto de la Mujer Español. <http://www.remesas.org/files/RemesasMujeresBrief.pdf>

⁹ Ley General de Sanidad 14/1986 y Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

¹⁰ Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

¹¹ Artículo 15 de la Ley de Bases del Régimen Local

extranjera¹². Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, los inmigrantes recurren un 15% menos a los servicios que la población española, sólo representan un 5% de las que acuden a urgencias¹³ y representan un 4,6% del gasto total en salud¹⁴.

Médicos del Mundo ha denunciado estos y otros obstáculos, especialmente ante la nueva reforma de la Ley de Extranjería por la cual se permite el acceso de la policía a los datos del Padrón Municipal¹⁵, lo que ha provocado que muchas personas no se inscriban, por temor a las deportaciones e internamiento en centros para inmigrantes sin papeles y no tengan acceso a la red pública de salud.

2.3. Cifras y características del aborto en mujeres inmigrantes.

En el 2008 en España se registraron 115.812 abortos, un 3,27% más que el año anterior (112.138 en el 2007). Según el informe de IVES este aumento, menor al del 2007, marca una tendencia a la estabilización, sin embargo visibiliza un porcentaje elevado de mujeres extranjeras que abortan y que constituyen el 43,5% del total. Este porcentaje no representa un aumento o disminución, sencillamente es una cifra que hasta el 2008 el instrumento nacional para dar seguimiento a las IVES había omitido y que por primera vez incorpora la variable nacionalidad y año de llegada en los formularios de solicitud de IVES del Ministerio de Sanidad.

De las mujeres extranjeras que abortan el 52% procede de América del Sur, seguidas de Europa, África, América del Norte, Central y Caribe y Asia. Según un estudio de la Red Temática de Investigación en Salud y Género (2006)¹⁶, las circunstancias relacionadas con el embarazo no deseado en mujeres inmigrantes se asocia a la falta de utilización de métodos anticonceptivos o el uso métodos no seguros. Las razones están ligadas a las dificultades para acceder a la información, el costo de los anticonceptivos y las rutas para acceder a servicios de salud. Esta investigación señala un desuso importante de la anticoncepción de emergencia, probablemente por dificultades en el acceso y elevado costo.

El estudio de la Red Temática confirma la influencia de estar en posesión de garantías laborales en la decisión de abortar por temor a perder el trabajo o reducir sus ingresos por carecer de estabilidad o regularidad laboral, este es un elemento que afecta particularmente a las mujeres inmigrantes que desempeñan labores informales como el servicio doméstico. De igual modo también se señalan otros factores que intervienen en la decisión de abortar, como no tener una pareja estable, no tener el apoyo de la misma o simplemente no desear tener un hijo/a.

2.4. El acceso a la anticoncepción y al aborto en España.

Hasta el 2010 en España el aborto ha estado regido por la ley de 1985 que despenalizaba el aborto en tres supuestos: 1. Riesgo para la salud materna; 2. Malformaciones graves del feto y 3. Embarazo causado por una violación Sexual¹⁷. El primero de los supuestos ha sido el

¹² Clota, Eva y Blanchar, Clara. *El alcalde de Vic veta el padrón a los "sin papeles" para "salvar la ciudad"*. El País publicado el 14/01/2010.

http://www.elpais.com/articulo/espana/alcalde/Vic/veta/padron/papeles/salvar/ciudad/elpepuesp/20100114elpepinac_6/Tes

¹³ Sociedad Española de Medicina de Urgencias.

¹⁴ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

¹⁵ Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers (2008). *El acceso a la salud de las personas inmigrantes sin permiso de residencia y solicitantes de asilo en 10 países de la UE. Legislación y práctica*. Ver: www.human-network.org/averroes_es/content/download/.../ESPANA.pdf

¹⁶ LLácer Gil de Ramales A., Morales Martín C., Castillo Rodríguez S., Mazarrasa Alvear L., Martínez Blanco M.L. *El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales socio sanitarios que atienden la demanda en Madrid*. Index de Enferm [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2009 Oct 29]; 15(55): 13-17.

¹⁷ Según la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de Julio, se despenaliza el aborto en los supuestos: 1) que sea necesario para evitar un grave riesgo a la salud física o psíquica de la madre, 2) que sea consecuencia de un delito de violación (antes de 12 semanas) y 3) se presume que el feto va a nacer con graves taras físicas o psíquicas (antes de 22 semanas).

argumento de miles de mujeres que abortan cada año, acogiéndose al riesgo para la salud psicológica de la madre.

La AE y el aborto están incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud¹⁸, sin embargo lograr su acceso a través de los servicios públicos ha sido complicado a lo largo de la historia española; dependiendo de la existencia de financiación, normativas, programas o prestación de servicios específicos en cada Comunidad Autónoma.

En la Comunidad de Madrid un aborto oscila en las clínicas privadas entre 440 euros para el primer trimestre hasta 1,655 euros durante las 22 semanas¹⁹. La AE tiene un costo de 20 euros y hasta el 28 de noviembre del 2009 era necesaria una receta médica para su compra en las farmacias. La exclusión de la financiación pública de medicamentos como AE que a pesar de ser recomendada por la OMS para reducir el número de embarazos no deseados no es gratuita²⁰, ha sido una de las inequidades de género que refleja el sistema de salud. Esta misma suerte corren los anticonceptivos de última generación con menor dosis hormonal, el Dispositivo Intrauterino (DIU) o los preservativos (femenino y masculino).

Según la ley de 1985 el aborto puede realizarse en centros públicos y privados acreditados, sin embargo la objeción de esta práctica en el sistema de salud pública ha relegado a las mujeres a cubrir de sus bolsillos este servicio relegando el aborto en el sector privado mediante un sistema de concertación y financiación pública según características socio económicas de las mujeres que existe en algunas comunidades como la de Madrid.

Este sistema y la objeción de conciencia en la sanidad pública se han retroalimentado durante años dando como resultado en el 2007 el 87,37% de IVES realizadas en el ámbito extrahospitalario privado aumentando al 98% para el 2008. El acceso a la información como base para acceder a este sistema de concertación ha sido otra gran debilidad, en el 2007 en Madrid solo el 30% de las mujeres obtuvieron información sobre cómo y donde abortar a través de los servicios públicos a pesar de existir una institución responsable de las ayudas, el Servicio Madrileño de Madrid (SERMAS). En el 2006 estas financiaciones solo cubrieron el 17,1% de los abortos en España²¹.

2.5. La nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La Ley fue aprobada en el primer trimestre del 2010²², la reforma estuvo motivada por escándalos relacionados con clínicas IVES (CB Medical en Barcelona e Isadora en Madrid) que pusieron en evidencia los limbos de la antigua ley y la vulnerabilidad de profesionales y mujeres frente a persecuciones antiabortistas. En las primeras elecciones del 2008, el partido socialista no incluyó en la agenda política la reforma de la ley pero el Congreso Federal lo incluyó en sus conclusiones a raíz de estos escándalos²³ y la presión del movimiento de mujeres.

La nueva normativa establecer plazos para abortar, no condiciones, los cuales se amplían según el caso, hasta 14 semanas el aborto libre y hasta las 22 semanas ante un grave riesgo para la salud de la madre y anomalías fetales incompatibles con la vida. Intenta paliar los vacíos de su predecesora, en relación a garantizar que el aborto sea una prestación pública y gratuita, que el derecho a la objeción de conciencia de los y las médicas sea informado anticipadamente, protección de datos y confidencialidad de las usuarias, la educación sexual en las escuelas o incluir en la cartera de servicios los anticonceptivos de última generación.

¹⁸ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

¹⁹ Precios tomados de la Web de la Clínica Isadora en Madrid a junio de 2010. <http://www.clinica-isadora.es/precios-aborto.htm>

²⁰ FPFE (2008). *La anticoncepción de urgencia en España: respuesta efectiva del sistema, y las y los profesionales sanitarios, ante la demanda de la anticoncepción de urgencia.*

²¹ GIE/ACAI (2008). Acceso al aborto en el Estado Español: Un mapa de Inequidad. España

²² Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

²³ Sahuquillo, María R. Aborto en España: se propone al Gobierno un plazo de 14 semanas para interrumpir el embarazo sin alegar motivos. El País, Madrid. 20/12/2008. En <http://www.mujeresenred.net/spip.php?breve473>

Uno de los componentes más polémicos de la ley fue intentar garantizar el acceso a las mujeres de 16 y 17 años, tras fuertes negociaciones entre partidos, el texto establece la necesidad de informar al menos a alguno de los progenitores de la menor pero intenta proteger el derecho de las jóvenes omitiendo este paso cuando suponga un conflicto grave entre las partes.

En relación a la formación de profesionales de la salud, cuestión que nos interesa especialmente de cara a nuestra investigación, establece la necesidad de incorporar a la salud sexual y reproductiva con práctica del aborto a los programas académicos de las carreras relacionadas con la medicina y a la formación continua de los profesionales, con especial énfasis a las necesidades de mujeres vulnerables como las personas con discapacidad. Esta medida ya ha sido criticada por sectores conservadores del sector universitarios quienes sólo enseñaran aborto espontáneo y proponen la objeción para esta enseñanza²⁴.

Para su implementación se plantea la elaboración de una estrategia de salud sexual y reproductiva, un plan a cinco años para garantizar el acceso universal y gratuito al aborto con énfasis en los colectivos de mujeres más vulnerables. En referencia a estos colectivos la ley alude en diversas ocasiones a las mujeres con discapacidad sin embargo omite referencias al grupo de inmigrantes o indocumentadas a pesar de representar más del 40% de los abortos en el 2008.

2.5. El uso del misoprostol en ginecología y obstetricia

El *misoprostol* se introdujo en el mercado español en 1989 bajo la forma de un protector gástrico (*cytotec*) indicado para el tratamiento de úlceras y en combinación con un antiinflamatorio para el tratamiento de la artritis y artrosis (*artrotec*).

Sus propiedades lo han convertido en un fármaco de uso clínico en ginecología y obstetricia²⁵ y un componente fundamental en los regimenes más comunes de aborto con medicamentos surgiendo como alternativa por su accesibilidad, bajo costo y efectividad abalada con más de diez años de investigación para la inducción de abortos de primer y segundo trimestre. La efectividad del *misoprostol* hasta la 9 semana de embarazo es del 85-90% y entre las 10-12 semanas del 80-90%²⁶.

A partir del 2004 la Agencia Española de Medicamentos autorizó diferentes usos compasivos²⁷ del *misoprostol* en ginecología y obstetricia²⁸. En agosto de 2007, la Dirección General de Farmacias y Productos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid, publica un protocolo para el *uso compasivo* del *misoprostol* para los siguientes procedimientos: evacuaciones del útero del primer trimestre (antes de 12 semanas), evacuaciones del segundo trimestre (entre la 12 y 22 semana), muerte fetal y procedimientos invasivos uterinos²⁹.

En marzo del 2008 el Ministerio de Sanidad aprobó su uso ginecológico³⁰ con prescripción médica en el ámbito hospitalario para diferentes procedimientos incluyendo la interrupción de embarazos. España es pionera en esta decisión respecto a otros países europeos, Estados Unidos lo incluyó en la lista de medicamentos autorizados únicamente en el

²⁴ Cebeiro Belaza, M. y Aunión J.A. "Yo sólo enseño aborto espontáneo" Reportaje publicado en El País 01/02/2010. http://www.elpais.com/articulo/sociedad/solo/enseno/aborto/espontaneo/elpepisoc/20100201elpepisoc_1/Tes

²⁵ Al ser eficaz como dilatador del cuello del útero en diferentes procedimientos como sustituto de la oxitocina para inducir un parto, para facilitar la colocación del dispositivo intrauterino (DIU), para facilitar la expulsión en casos de muerte fetal, la realización de abortos y en casos de hemorragia pos parto.

²⁶ Gynuity Health Projects (2007). *Opciones para la introducción del aborto con medicamentos en Brasil, Colombia, México y Perú*. New York. Ver: <http://www.clacai.org/home/images/img/abortoconmedicamentos.pdf>

²⁷ Se entiende como uso compasivo de un medicamento las indicaciones o condiciones de uso distintas a las autorizadas, cuando el médico/a bajo su exclusiva responsabilidad considere indispensable su utilización.

²⁸ Normativa legal de *Uso Compasivo* ver Real Decreto 223/2004, capítulo V, artículo 28

²⁹ Dirección General de Farmacias y Productos Sanitarios (2007). *Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Protocolos de Medicamentos fuera de Indicación*. Comunidad Autónoma de Madrid.

³⁰ La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AMEPS) autorizó el uso del *misoprostol* en ginecología y obstetricia bajo el nombre comercial de *Misive* y *Misofar* en comprimidos vaginales de 200 mcg y 25 mcg. Ver: <http://www.aemps.es/actividad/documentos/sgHumana/docs/autorizados-marzo08.pdf>

caso de aborto terapéutico y también lo hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su listado de medicamentos esenciales ante casos de hemorragias pos parto y procedimientos de aborto en países en vías de desarrollo³¹.

En cuanto al uso de las propias mujeres, es a partir de la década de los 80 cuando las mujeres en contextos de restricción y penalización del aborto comenzaron a usarlo reportándose los primeros casos en República Dominicana y Brasil³². Esta práctica se ha convertido en una alternativa por su fácil acceso en farmacias y bajo costo en comparación con otros procedimientos, sin embargo el mercado clandestino ha engordado los precios sin garantizar la calidad y autenticidad de los medicamentos.

Estudios han visibilizado cómo el *misoprostol* ha contribuido a reducir la mortalidad materna a causa de abortos inseguros³³. La necesidad de divulgar los crecientes hallazgos científicos relacionados al *misoprostol* dieron paso a la conferencia organizada por el Population Council en Nueva York, en 2003, en donde se creó un protocolo clínico con indicaciones tanto para manejo de aborto incompleto como terminación de embarazo temprano que luego fue publicado por los centros de investigación Gynuity, IBIS y IPAS.³⁴

A pesar de que el uso del *misoprostol* para la autoinducción de abortos no está reconocido legalmente y lo recomendable es que se realice con un seguimiento médico, organizaciones que trabajan derechos sexuales y reproductivos como *Women on Web*³⁵, con el objetivo de preservar la salud de las mujeres y bajo el paradigma de su efectividad han optado por informar en la red acerca de su uso adecuado basándose en los protocolos desarrollados.

En España el *misoprostol* se ha documentado en algunas investigaciones en las que se aborda desde la perspectiva de su efectividad³⁶ más se desconocen cifras o factores sociales relacionados con su uso.

3. Descripción del procedimiento de recogida de información, participantes y métodos.

Durante el 2007 se realizó un estudio exploratorio en la Comunidad de Madrid mediante:

- Nueve (9) entrevistas semi-estructuradas a profesionales sociosanitarios clave. Las personas informantes fueron seleccionadas entre aquellas que atienden demanda de IVE y necesidades de salud sexual y reproductiva en distintos niveles de atención en centros públicos y privados acreditados en la Comunidad de Madrid: clínicas privadas de IVEs (2), hospitales públicos (2), centros municipales de salud (1), centro municipal de salud joven (1), centro privado de planificación (1), ONG de sexualidad y anticoncepción para jóvenes (1). Las personas informantes pertenecían al área de: ginecología (5), trabajo social (1), gerencia de servicios (2) y psicología (1). Ocho (8) mujeres y un (1) hombre, siete (7) de origen español y dos (2) de origen latinoamericano.

³¹ Perancho, I. *La medicación es útil en 6 intervenciones gineco-obstetéricas además del aborto temprano*. En el mundo.es, 19 de enero de 2009, número 787. Ver: <http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2009/787/1231974003.html>

³² Azize Vargas, Yamila. *"Misoprostol, Mujeres Inmigrantes y Personal Sanitario"*, pág 1. Pheterson Gail & Azize Vargas, Yamila. Aborto ilegal seguro: un estudio entre las islas del caribe nororiental ver:http://saludpromujer.org/index.php?option=com_content&task=view&id=128&Itemid=59

³³ Miller, S., Lehman, T., Campbell, M., Hemmerling, A., Brito, A., Rodríguez, H., Vargas, W., Cordero, M., Calderon, V. *Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association*. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2005 Sept, Vol.112, pp.1291-1296

³⁴ Faúndes, Aníbal. *El uso del misoprostol en la región*, en *Uso de misoprostol en Ginecología y Obstetricia*, Segunda Edición, publicado por la Federación Latinoamericana de Sociedades, marzo 2007, pág 9. Ver: <http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf>

³⁵ <http://www.womenonweb.org/index.php>

³⁶ Son conocidas las publicadas por el Dr. Josep Carbonell director de la Clínica Mediterránea Médica de Valencia sobre la efectividad del misoprostol en ginecología y obstetricia.

- Un grupo focal formado por doce (12) profesionales de obstetricia y ginecología de origen latinoamericano perteneciente a una asociación sin ánimo de lucro. Todas mujeres procedentes de Perú (10), Chile (1) y Argentina (1) trabajando en Madrid en el área de la enfermería en áreas de ginecología, maternidad y urgencias de hospitales públicos y en el cuidado de dependientes en centros privados y de la Comunidad de Madrid.

- Tres (3) entrevistas a mujeres inmigrantes latinoamericanas usuarias de servicios de orientación laboral con experiencia en el sistema público de salud. Procedentes de República Dominicana.

- Un grupo focal con Cinco (5) mujeres miembros de la junta directiva de una asociación de trabajadoras del servicio doméstico. Procedentes de Ecuador (2) y Colombia (2) con edades comprendidas entre los 35 y 45 años de edad.

Las entrevistas y grupos focales se realizaron entre mayo y octubre del 2007, por dos personas del equipo de investigación, fueron transcritas y se procedió al análisis de los contenidos entresacando la información más descriptiva para el objeto de estudio.

4. Descripción de los principales hallazgos

A. EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN A MUJERES QUE USAN MISOPROSTOL

▪ *Primeros casos reportados en los servicios de salud*

En España aproximadamente desde el 1995 se reportan los primeros casos de abortos autoinducidos con *misoprostol* en los servicios de urgencias.

- *Los primeros casos que vimos con cytotec, las mujeres acudían a urgencias sangrando y con las pastillas introducidas en la vagina que se veían y totalmente dilatadas...* (Ginecóloga de los servicios de urgencias de un hospital público de Madrid)

▪ *Frecuencia y dificultades para el registro*

En 2007 momento en que realizamos el estudio, en los servicios de urgencias de un hospital público del centro de Madrid se registraban un aproximado de 10 casos por mes a partir de una media de 30 urgencias al día.

Para los y las profesionales socio sanitarios es difícil establecer un registro confiable de estos casos más allá de las estimaciones. Las dos clínicas acreditadas de IVES que participaron en el estudio coinciden en datar los primeros casos desde el 2005, estimando al 2007 de tres (3) a seis (6) casos semanales.

▪ *Cuadro clínico cuando llegan las mujeres a los servicios de urgencias o clínicas IVES*

Según las y los informantes, las mujeres una vez iniciada la autoinducción acuden a los servicios de urgencias o clínicas de IVES ante los síntomas secundarios de la medicación (vómitos, sangrado, dolor abdominal, etc.) o por complicaciones asociadas a un protocolo inadecuado por exceso de dosis o semanas de embarazo. En otros casos acuden a urgencias iniciado el sangrado como parte de la información provista por las redes sociales.

Al llegar a los servicios argumentan estar sufriendo un cólico o malestar repentino y niegan normalmente la autoinducción de un aborto ante las preguntas del personal médico. La evidencia se confirma por ecografía o con el espejo si se ha usado vaginalmente.

- *El sensacionalismo mediático no disminuye el uso del misoprostol*

A pesar del carácter sensacionalista, delictivo y victimista que se ha dado al *misoprostol* a través de los medios de comunicación, en el 2007 se percibieron en los servicios una reducción del número de casos en salas de urgencias y clínicas IVES, por el contrario según algunos profesionales de la salud, un incremento.

B. LA APROBACIÓN DEL USO COMPASIVO DEL MISOPROSTOL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

- *Consideración del misoprostol como un avance*

A través de una entrevista realizada a una ginecóloga de un hospital público de Madrid descubrimos que desde el 2004 el *misoprostol* se usa en ginecología y obstetricia como *uso compasivo*, por el cual se entiende el uso de medicamentos para indicaciones o condiciones de uso distintas a las autorizadas, cuando el médico/a bajo su exclusiva responsabilidad considere indispensable su utilización.

Según esta facultativa, se usa en los hospitales públicos bajo esta denominación para evacuaciones del útero en abortos diferidos, muerte en el útero, inducción de partos y hemorragia post parto por vía rectal entre otros. Este procedimiento es habitual en los hospitales públicos como en clínicas privadas.

Este procedimiento implica la autorización de la dirección médica en los hospitales públicos, un trámite burocrático, que según la doctora se “flexibiliza” en los centros por motivos de practicidad. Esta ginecóloga reconoció que el *misoprostol* esta considerado por los profesionales del sector público como un avance en términos de economía y practicidad en comparación al legrado el cual requiere en ocasiones de 3 a 4 días de internamiento de la paciente.

C. PERFIL DE LAS MUJERES QUE USAN EL MISOPROSTOL

- *Mujeres inmigrantes*

La imagen del uso del *misoprostol* para la autoinducción de abortos correspondía en un principio al de mujer inmigrante, sin embargo observamos como las limitaciones que afectan tanto a inmigrantes como españolas para acceder a una interrupción voluntaria del embarazo, los diferentes canales de información y socialización que se dan entre población migrante/española han marcado una creciente tendencia de mujeres españolas, sobre todo adolescentes y jóvenes que hacen uso del fármaco.

En los servicios públicos de salud que participaron en el estudio, ubicados en sectores donde vive un gran número de personas inmigrantes, se percibía un aumento de mujeres inmigrantes que acuden solicitando una IVE, aproximadamente entre el 80% y el 95% de los casos totales según una de nuestras informantes.

Según las experiencias de la trabajadora social y la ginecóloga empleadas en estos centros los casos de autoinducción con *misoprostol* son más comunes en mujeres procedentes de América Latina (Ecuador y República Dominicana) y africanas de Guinea Bissau. En las dos clínicas de IVES entrevistadas han atendido casos de Bolivia, Ecuador y Nigeria, estas últimas trabajadoras sexuales, ningún caso de mujeres españolas. Los y las profesionales asocian estas nacionalidades según tendencias del fenómeno migratorio y las dificultades particulares para acceder a la regularización en España.

- *Mujeres jóvenes y españolas*

La ginecóloga de un servicio municipal de salud dirigido principalmente a jóvenes y adolescentes percibe que anteriormente el uso del *misoprostol* se encontraba casi exclusivamente en mujeres adultas inmigrantes extendiéndose cada vez más entre gente joven inmigrante.

En el Centro de Sexualidad y Anticoncepción Joven no recibieron durante el 2007 tanta frecuencia de casos directos, menos de una vez al mes, sin embargo han percibido el conocimiento de este método por parte de jóvenes usuarias españolas y no españolas. La coordinadora, recuerda el caso de un taller educativo sobre salud sexual y reproductiva donde una joven española compartió con las compañeras haberlo utilizado, lo cual despertó el interés colectivo y preguntas al educador sobre su efectividad y forma de uso.

D. EL PAPEL DE LAS REDES SOCIALES

- *Vías de información sobre el uso del misoprostol*

Las mujeres inmigrantes expresaron que la principal fuente de información son las paisanas u otras mujeres inmigrantes quienes aconsejan sobre los protocolos de uso y respuesta en caso de complicaciones.

La transferencia de esta práctica de población migrante/española, particularmente en el caso de las mujeres jóvenes, se produce a través de las redes sociales o centros educativos en las jóvenes.

- *Las jóvenes son más vulnerables porque entre mujeres adultas inmigrantes y españolas no hay tanta comunicación pero entre las jóvenes la integración es mayor comparten las aulas, el ocio...* (Ginecóloga de centro de atención a jóvenes en Madrid)

En la Red también existen foros anónimos de discusión acerca de las experiencias y protocolos de uso.

- *Canales de adquisición del misoprostol*

Las vías de acceso al *misoprostol* van desde la compra en farmacias con o sin receta médica cuyo precio es de 10 euros la caja de 40 comprimidos a la comercialización en el mercado clandestino a través de la prensa, locutorios o Internet dónde se encuentran múltiples ofertas. Para motivar la confianza de las usuarias en la compra clandestina se garantiza la procedencia del fármaco de los países de origen de las mujeres inmigrantes, con un precio de 20 euros la dosis.

E. RAZONES PARA USAR MISOPROSTOL

- *Falta de información sobre la legislación para abortar y prestaciones del sistema público de salud.*

Las mujeres inmigrantes entrevistadas manifestaron conocimiento acerca del uso del *misoprostol* para interrumpir un embarazo, popularmente conocido como “las pastillas” o el *cyotec* (nombre comercial), así como sus formas de uso vía oral o vaginal. Algunas de las

mujeres mostraron temor para hablar sobre este método justificándose en la posibilidad de ser penalizada por utilizarlo para la interrupción de un embarazo. Estas respuestas manifiestan el desconocimiento acerca del estatus legal del aborto en España como y las posibles motivaciones para no acudir a un centro especializado para interrumpir un embarazo.

Las razones por las que las mujeres inmigrantes utilizan el *misoprostol*, son atribuidas por el personal de salud no tanto a la falta de recursos económicos sino más bien a la falta de información respecto a la legislación del aborto en España lo cual genera temor al acercamiento a los servicios públicos, más si no se tienen papeles; a la burocracia administrativa del sistema sanitario público y al escaso acceso a la información sobre los servicios de anticoncepción.

Según la administradora de una clínica de IVES concertada con la Comunidad de Madrid, se desconoce la prestación pública o ayudas para abortar incluso por parte de trabajadores/as sociales que son quienes deben ofrecerla a la usuaria.

Los y las profesionales que entrevistamos perciben que las mujeres españolas poseen un mejor conocimiento y manejo del sistema sanitario público, cobertura de servicios incluyendo las IVES y marco legal del aborto respecto a las mujeres inmigrantes. Un ejemplo es la mayor demanda de la anticoncepción de emergencia de las españolas respecto a los casos de mujeres inmigrantes que usan *cytotec*.

- *Falta de información y acceso a la anticoncepción.*

Una de las profesionales sanitarias de origen latinoamericano entrevistada comentaba las diferencias entre mujeres españolas e inmigrantes que acuden urgencias, las primeras solicitando la AE ante una rotura del preservativo y las segundas con síntomas de uso del *misoprostol* requiriendo atención para completar el aborto.

- *...el problema creo que era la falta de información, yo les decía -¿Sabes que hay métodos anticonceptivos y clínicas para abortar?-. Pero no estaban enteradas, tenían miedo. No creo que el problema sea el dinero sino falta de información. Me llama la atención que las chicas españolas llegan diciendo que se les ha roto el condón al día siguiente y las otras (inmigrantes) por usar cytotec. Yo las preguntaba-¿Sabes que hasta las 72 horas del embarazo hay una píldora para evitarlo?-. No sabían nada, ellas esperan al retraso en la menstruación y ahí reaccionan, entonces hablan con la amiga para usar el cytotec... (Enfermera Latinoamericana que trabaja en los servicios de urgencias de un hospital público de Madrid)*

- *Carecer de papeles y de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)*

Los trámites son complicados ya que para tener una TSI, es necesario tener papeles o estar empadronada lo cual no es siempre fácil para las mujeres inmigrantes.

Las clínicas privadas donde un aborto del primer trimestre oscila entre los 300 y 500 euros consideran el no tener papeles, el desconocimiento y la burocracia de los servicios de salud pública los principales obstáculos

- *...que vengan a una clínica como la nuestra, las razones son dos, primero que están ilegales y no tienen tarjeta sanitaria y segundo es el mismo sistema que con las citas tardan mucho, hay una mala información ya que la mayoría cree que el aborto es ilegal, piensan que pueden ser penalizadas por la policía (Ginecólogo de una clínica de IVES en Madrid)*

El difícil acceso a planes de anticoncepción, a la anticoncepción de emergencia (antes del 2009) por carecer de TSI o desinformación convierten al *misoprostol* en una alternativa anticonceptiva, como un caso identificado en el Centro Joven de Anticoncepción donde nos informaron de un caso de una mujer que lo utilizaba por vía vaginal después del coito.

Una de las matronas latinoamericanas entrevistadas, contó que encontró casos de mujeres inmigrantes latinoamericanas que llegaban a urgencias en casos avanzados de 18 semanas llegando hasta 20 semanas en mujeres procedentes de África, manifestando temor a la deportación.

- *Objeción de conciencia en los servicios públicos y complejidad en los trámites burocráticos para acceder a los mismos.*

Según una trabajadora social de un hospital público de Madrid, según las estadísticas no se realizan apenas abortos en ninguno de los supuestos despenalizados, recuerda que en el pasado en su hospital se practicaban IVES bajo el supuesto de salud psicológica de la madre pero ahora no se hacen. Con la ley de 1985 era necesaria la autorización de un psiquiatra para argumentar riesgo para la salud psicológica de la madre. La evaluación psicológica no se realiza en la sanidad pública tan fácilmente por objeción de conciencia de los y las psiquiatras lo que significaba alargar el itinerario de acceso al aborto. Resalta el riesgo que representa para el personal realizar un aborto dándose casos de persecuciones profesionales de ideología antiabortista.

- *...la mayoría de los médicos objetan y si no es el médico alguien del equipo así que es mejor que vayan a las privadas... (Trabajadora Social de un hospital público de la Comunidad de Madrid)*

En el centro joven de anticoncepción consideran que para las jóvenes españolas usar *misoprostol* se trata de una alternativa que evita el circuito de salud donde se les solicita ser mayores de edad e ir acompañadas de un progenitor

- *...son casos de menores que no quieren ir a las clínicas y preguntan porque han oído que existe otra cosa... (Directora del Centro Joven de Sexualidad y Anticoncepción de Madrid)*

- *Falta de servicios de salud integrales que incluyan la educación afectivo sexual para los y las jóvenes*

Los profesionales que trabajan en planificación perciben una situación dramática en relación a las vivencias de las y los jóvenes respecto a la sexualidad y la anticoncepción, considerando la necesidad de servicios integrales que incluyan educación afectiva sexual.

Según la experiencia de una ginecóloga del servicio municipal, el creciente uso de la anticoncepción de emergencia como anticonceptivo de uso habitual por las adolescentes, es alarmante en la medida que corresponde a un posicionamiento ante la sexualidad.

- *...quieren decir -yo me posiciono ante un sexo no protegido- están viviendo una sexualidad catastrófica, hacen sexo porque es moderno, porque luego les pasas una encuesta y te das cuenta que no disfrutan con el sexo, lo pasan mal. Miden la sexualidad a partir de la pornografía que no es real y por lo tanto no disfrutan con las relaciones normales... (Ginecóloga de un Centro de Salud del Ayuntamiento de Madrid)*

A pesar de que el número de embarazos en adolescentes no es alarmante a nivel estadístico (10.221 de 15 a 18 años de los 115.815 abortos en el 2008³⁷), al momento de realizar el estudio no existía un registro del número de adolescentes que interrumpen el embarazo en clínicas privadas, usan *misoprostol* o utilizan la anticoncepción de emergencia.

³⁷ Encuesta IVES 2008

F. PROCEDIMIENTOS Y ABORDAJES TERAPEUTICOS ANTE UN ABORTO CON MISOPROSTOL.

- *Diferencias entre servicios público y privados para completar un aborto con misoprostol*

Según el personal de salud pública entrevistado, en los hospitales cuando una mujer llega con un aborto autoinducido el procedimiento consiste en practicar un legrado, *-nunca la aspiración-* según palabras de una ginecóloga de los servicios de urgencias.

Sin embargo en las clínicas privadas, según nuestros informantes, el protocolo se acompaña de más *misoprostol* y la aspiración si es necesaria ya que el uso del legrado se considera peligroso para la salud de la paciente por poder provocar laceraciones en el útero al tratarse de cánulas metálicas versus las plásticas de la aspiración.

- *Diferencias en los protocolos de uso del misoprostol*

Según la ginecóloga de urgencias entrevistada, el protocolo médico de uso del *misoprostol* en los hospitales públicos de Madrid al momento de nuestro estudio (2007) para completar o evacuar un aborto incompleto, es en los casos de menos de 12 semanas, 2 o 3 comprimidos de 200 mcg y a las 4 horas el legrado. Cuando son casos de más de 15 semanas y en casos de muerte fetal, las indicaciones son 2 comprimidos de 200 mcg cada 6 horas hasta completar expulsión. Los comprimidos son administrados vía vaginal.

Según informantes de las clínicas privadas el protocolo es 1 comprimido de 200 mcg oral y uno sublingual, en intervalos de media hora, una hora y dos horas.

- *Consejería para la planificación familiar y la anticoncepción después de un aborto autoinducido.*

Respecto a los servicios de consejería y planificación consiguientes a una IVE para evitar reincidir en un embarazo no deseado también existen diferencias que visibilizan una falta de conexión entre los servicios de salud sexual y reproductiva del sistema público.

- *...después del legrado no hay consejería ni seguimiento porque en urgencias no se lleva la planificación familiar, contestamos si nos hacen alguna pregunta pero no remitimos a ningún servicio de consejería...* (Ginecóloga de urgencias de un Hospital de la Comunidad de Madrid)

En las clínicas privadas el proceso es diferente: exploración ginecológica, analíticas complementarias y si quiere tratamiento hormonal se le receta el anticonceptivo, esto a través de la vía privada lo que implica un costo de unos 130 euros. Cuando la atención se hace a través del convenio con salud pública se manda un informe de alta para que a los 15 días empiece su revisión y planificación sin embargo este margen entre la IVE y la cita médica es muy amplio con riesgo a reincidir.

- *...hemos tenido 1 o 2 casos de mujeres inmigrantes que vuelven a quedar embarazadas hasta 3 veces...* (Ginecólogo de una clínica IVE de Madrid)

G. ACCESO AL CONOCIMIENTO, ACTUALIZACIÓN DEL PROFESIONAL ACERCA DEL ABORTO Y LA ANTICONCEPCIÓN.

- *El aborto y la educación sexual excluidos de la teoría y la práctica*

Percibimos durante las entrevistas que los conocimientos de los profesionales de la salud pública acerca del aborto es limitada, sobre todo en relación al protocolo de uso del

misoprostol para la inducción de un aborto, la adecuación de la aspiración respecto al legrado para la salud de las mujeres y la utilización de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Estas técnicas son conocidas y practicadas por personal de las clínicas privadas y profesionales de origen latinoamericano residentes en Madrid, quienes han recibido formación y práctica para su uso, especialmente el personal especializado en el área de matronaje.

Una ginecóloga del servicio municipal considera que existen profesionales de la ginecología y obstetricia con entrenamiento en planning y aborto pero percibe que no existe una actitud comprometida ante el tema, no se considera la formación un requisito para la práctica clínica y hay mucha represión en los ambientes para manifestar opiniones.

- *El 8% de los médicos hace preguntas sobre sexualidad a los pacientes, los ginecólogos no entienden que este tema este en su espectro...* (Ginecóloga de un Centro de Salud del Ayuntamiento de Madrid)

Ella considera que la alternativa puede ser una apuesta por concentrar las funciones de planificación y consejería en las ramas de la enfermería y matronaje como sucede en otros países.

Los y las profesionales que entrevistamos que manifestaron actitudes más abiertas frente al aborto son críticos respecto a la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva, considerando que hay redes en las comunidades autónomas con buen funcionamiento pero no existe una coordinación ya que se encuentra obstaculizada por fuerzas de poder.

▪ *Las persecuciones profesionales y el clima legal en torno al aborto en la Comunidad de Madrid han sido obstáculos para actualizarse y aprender.*

El personal de salud entrevistado, español como extranjero, considera que en España existen dificultades para el acceso a informaciones para la mejora de conocimientos en relación a la educación sexual, anticoncepción y aborto.

Es importante comentar que en el marco de este proyecto de investigación, realizamos en el 2009 una actividad de entrenamiento sobre el uso del AMEU la cual contó con personal especializado internacional y apoyo de IPAS quienes son distribuidores de esta herramienta. Esta actividad contó con la participación de personal latino americano y la ausencia de la participación de asociaciones de ginecología y obstetricia españolas. El intento de realizar un taller especializado en protocolos de uso del *misoprostol* en Madrid en el marco de este mismo proyecto, fue fallido debido al clima político en la Comunidad de Madrid en relación al aborto y a la reforma de la ley.

H. PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS HACIA LAS MUJERES INMIGRANTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

▪ *El prejuicio de una cultura sexual diversa*

Explorando las atribuciones del personal de salud al uso del *misoprostol* por parte de las mujeres inmigrantes, nos encontramos con algunas ideas preconcebidas como esta que manifestó una ginecóloga.

- *...el problema no es la información, ellas saben que hay métodos lo que pasa es que no los usan, solemos preguntarles si se cuidan y contestan que sí pero llegan embarazadas...* (Ginecóloga de urgencias de un hospital de Madrid)

- *Acusaciones de promover el aborto con misoprostol*

Una matrona latinoamericana entrevistada que trabaja en servicios de urgencias como auxiliar mientras homologa su título, escuchó a una ginecóloga culpar a las mujeres inmigrantes de “traer” esta práctica a España. Esta misma persona reconoce omitir cierta información respecto a su conocimiento en torno al uso del *misoprostol* por temor a ser juzgada por sus compañeros/as.

I. PROFESIONALES LATINOAMERICANOS EN MADRID

- *Potencial humano*

Uno de los efectos del fenómeno migratorio es la presencia de abundantes profesionales sanitarios que se encuentran en España obstaculizados por el proceso de la homologación y que poseen conocimientos y habilidades terapéuticas para la intervención con sus pares inmigrantes en los servicios de salud.

Entre estos profesionales, existe una asociación de matronas (AMALA), organizada y con deseos de capacitarse y colaborar en acciones de integración. Integrantes de esta asociación reconocen que en sus comunidades, las mujeres al conocer que son personal de salud se han acercado a pedirles información acerca del *misoprostol*, su forma de uso y su adquisición. En estos casos la respuesta ha sido referirlas a los servicios de salud e informarlas acerca de las opciones, legalidad del aborto en España y ayudas de cobertura.

- *La confianza en el rostro migrante*

Según dos profesionales latinoamericanos que trabajan en una clínica privada concertada con la Comunidad de Madrid, cuando llegan mujeres inmigrantes en esta situación las informan y refieren a urgencias para que se beneficien de la ayuda, no obstante algunas prefieren pagar. Consideran que las usuarias inmigrantes depositan una mayor confianza cuando reconocen una cara “inmigrante” en los servicios y se sienten más cómodas por compartir patrones culturales comunes.

J. EFECTIVIDAD DEL MISOPROSTOL, EL MARCO LEGAL Y LOS DERECHOS DE LAS MUJERES.

- *Posiciones ambivalentes*

Según palabras de una ginecóloga entrevistada con una posición abierta respecto al aborto

- *...mi posición hacia el cytotec es ambivalente porque es eficaz como abortivo temprano pero en España no está indicado para ello. En la pública es totalmente ilegal. No me gusta el ocultismo porque no contribuye a visibilizar el aborto como derecho porque cuando se aborta hay que saber que se está abortando, tiene que haber una conciencia y la experiencia de que se está abortando. (Ginecóloga de un Centro de Atención a Jóvenes en Madrid)*

En la práctica clínica en el marco autorizado el uso del misoprostol es bien acogido por razones de practicidad y economía incluso por profesionales que argumentaron estar en contra del aborto como el caso de una ginecóloga

- *...a partir de los casos que llegaron de mujeres con abortos autoinducidos aquí también se empezó a utilizar, hasta entonces usábamos las laminarias que implicaban tres o cuatro días de*

internamiento, nos quedamos sorprendidos. Ahora sí les ponemos cytotec para completar la evacuación. (Ginecóloga de urgencias de un hospital del municipio de Madrid)

Percibimos en nuestras exploraciones barreras estructurales que dificultan la apertura para su uso e indicación, una ginecóloga *comenta*

- *...que las mujeres controlen un medicamento desde los profesionales médicos es casi imposible y encima cuando se trata de un tema como el aborto* (Ginecóloga de un Centro Municipal de Madrid)

K. SENSACIONALISMO EN LOS MEDIOS Y PERSECUCIONES POLICIALES

▪ *Impacto del clima político y social antiaborto*

El manejo de estos casos ha sido manipulado por los grupos conservadores antiaborto y por los periodistas que carecen del conocimiento adecuado del tema. Al igual que sucedió en el 2008 con las persecuciones policiales a las clínicas acreditadas de IVES, las mujeres que han usado o usan *misoprostol* han sido diana de la justicia.

En el 2007 fecha en la que realizamos el estudio, en la comunidad de Madrid se estaba gestando una fuerte persecución en contra las clínicas de IVES y las mujeres que abortaron. En este contexto se dio un uso sensacionalista y delictivo al misoprostol en los medios de comunicación como por ejemplo el artículo "*La trampa de abortar en casa con cytotec*"³⁸ publicado en diario nacional *El País*. Este artículo publicó información errónea acerca del fármaco, como la información facilitada por el director de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia (SEGO) quien afirmaba la detección del misoprostol en sangre, posición opuesta a la evidencia científica.

▪ *Criminalización y penalización de las mujeres*

En los últimos años la justicia y los medios de comunicación han concentrado su atención en perseguir a las mujeres que interrumpían un embarazo no deseado, en lugar de replantearse desde un enfoque de derechos, los obstáculos en el acceso a educación, información o cobertura de los servicios de aborto.

Existen servicios clandestinos para abortar con misoprostol en Madrid, la ginecóloga de un centro del municipal tuvo dos casos de jóvenes latinoamericanas de Ecuador y República Dominicana que fueron acompañadas por mujeres de su entorno a un piso clandestino para abortar, donde un supuesto profesional de salud le administró las dosis hasta que evacuaron y una vez finalizado el proceso les recomendaron en caso de complicaciones acudir a urgencias. Por este servicio se les cobró 60 euros.

Un caso que compartió con nosotras una profesional latinoamericana del área de urgencias fueron tres mujeres ecuatorianas que usaron el *misoprostol* con 28 semanas, llegaron a urgencias con dilatación, los bebés no fallecieron pero nacieron prematuros. La ginecóloga de los servicios llamó a la policía, fueron acusadas por abandono de menores, una de ellas estaba en el momento de este relato, en la cárcel y la otra en observación policial. La desinformación y la desesperación llevaron a estas mujeres a interrumpir su embarazo y en los servicios de salud las trataron como delincuentes, denunciadas por el personal de salud.

5. Conclusiones

³⁸ Belaza, Mónica. "La trampa de abortar en casa con cytotec" en *El País* publicado el 14/01/2007

Tras la exposición del contexto y los principales hallazgos extraídos de las entrevistas a personal de salud; procedemos a mostrar las conclusiones de este estudio que resumimos en tres puntos. El primero está relacionado con la visibilización del uso del misoprostol en un contexto antiaborto previo a la reforma de la ley del aborto en España. El segundo punto está relacionado con las necesidades de aborto y anticoncepción de las mujeres inmigrantes y las estrategias para la satisfacción de las mismas. Por último, las debilidades del sistema público de salud para cubrir las necesidades integrales de salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente de las más vulnerables.

1. *“Usos” del misoprostol en el contexto de la reforma de la ley del aborto en España.*

Según nuestros informantes en los servicios de urgencias los primeros casos identificados de mujeres que usaban el misoprostol para abortar se remontan al 1995. En España no existe un estudio cronológico fiable que avale esta información, sin embargo, suponemos que es probable que haya sido antes teniendo en cuenta que es en el 1989 cuando se introduce comercialmente el misoprostol como protector gástrico bajo el nombre de *cytotec* y es accesible en las farmacias a bajo costo.

Investigaciones en España han documentado la efectividad del fármaco en ginecología y obstetricia y su uso por parte de las mujeres, sin embargo es en el 2007 cuando el misoprostol salta a la opinión pública desde los medios de comunicación. Este hecho coincidió con un contexto de escándalos y persecuciones que perjudicaron la seguridad jurídica de las clínicas IVES, profesionales y mujeres que habían abortado, antecedentes que motivaron la reforma inminente de la ley del aborto. El uso del misoprostol por las mujeres se vinculó en los medios de comunicación a otro de los temas de mayor polémica en España, la inmigración internacional. El artículo publicado en el 2007 por el diario El País bajo el título *“La trampa de abortar en casa con cytotec”* presenta el uso del misoprostol como una práctica importada por las mujeres inmigrantes a la sociedad española enfatizando el uso y adquisición ilícita a través de redes de mercado negro o locutorios regentados por población inmigrante, como se refiere la autora de este reportaje - *...se vende de forma clandestina en América Latina, donde el aborto está prohibido en la mayor parte de los países. Y la costumbre ha llegado a España...-*

Este reportaje y otros enfatizaron en la peligrosidad del fármaco omitiendo las propiedades del mismo en ginecología y las adaptaciones legales de la salud pública española en base a la efectividad del misoprostol, como la aprobación de la Agencia Española del Medicamento de diferentes *usos compasivos* del misoprostol en ginecología y obstetricia (2004), la elaboración en la Comunidad de Madrid de un protocolo de *uso compasivo* del misoprostol (2007) o la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad de su uso ginecológico en el ámbito hospitalario para la interrupción de embarazos no deseados (2008).

Los medios manejaron el tema proyectando una imagen oportunista y criminalista de la población migrante refiriéndose en los siguientes términos - *...el chileno no tarda ni cinco minutos en responder a una petición por Internet cobrando 106 dólares...-*. A pesar de este manejo, según nuestros informantes de los servicios de urgencias e IVES, no disminuyó su uso por parte de las mujeres y la frecuencia siguió siendo la misma. Si embargo, observamos como las mujeres inmigrantes que entrevistamos manifestaron temor por hablar acerca del *cytotec* o *las pastillas* lo que probablemente clausuró los círculos de acceso a la información.

Esta reacción no nos sorprende teniendo en cuenta las referencias constantes en los medios de detenciones de población migrante dedicada a la venta por Internet las pastillas. El clima en Madrid y las persecuciones se tensó también hacia las mujeres inmigrantes, según una de nuestras informantes, una ginecóloga, fue visitada al centro de salud por un grupo de la policía criminal creado para investigar el uso clandestino del misoprostol. Dos mujeres inmigrantes fueron acusadas por abandono de menores tras dar a luz bebés prematuros al haber consumido misoprostol con más de 28 semanas de gestación. En ambos casos, fue el

personal de salud quien avisó a la policía para denunciar el caso. Según nuestra informante, una de ellas fue enviada a prisión a la espera de juicio y la otra en observación policial.

Paralelamente las persecuciones a las clínicas IVES y violación de la confidencialidad de las mujeres que habían abortado fueron replicadas por los grupos feministas y movimientos de mujeres que se manifestaron y autoinculparon por solidaridad, sin embargo ¿Quién salió a hablar por las mujeres inmigrantes detenidas por utilizar el *cytotec*, visibilizando las razones para abortar de manera clandestina en un país donde existen supuestos despenalizados y ayudas económicas para hacerlo?

El abordaje de esta problemática y uso en los medios de comunicación del misoprostol, desde una perspectiva criminalista de las mujeres (especialmente de las inmigrantes) dista mucho de un enfoque de derechos de las mujeres y del derecho a la salud de la población migrante con o sin papeles, que visibilice las necesidades de aborto y anticoncepción no cubiertas en España.

Estas persecuciones policiales y penalización de las mujeres evidenciaron los vacíos de la antigua ley, sin embargo la reforma de momento no considera desde una perspectiva psicosocial estos casos que merecen un análisis individual de las razones que motivan a una mujer inmigrante a tomar misoprostol con 28 semanas de gestación. Este es el reto.

Después de la aprobación de la nueva ley, estos casos de persecución judicial continúan como menciona el artículo del pasado mes de mayo en El País³⁹, otra mujer inmigrante denunciada por un médico de urgencias por atentar contra la salud pública.

Esta publicación si bien más sensible a las necesidades de las mujeres inmigrantes, continúa cayendo en los “usos del misoprostol” que desvían la problemática a otras problemáticas - *...la crisis lleva a las mujeres... a recurrir a métodos de aborto inseguro. Vuelve el cytotec un protector gástrico que puede provocar la interrupción del embarazo* - . El testimonio de un ginecólogo en este artículo se refiere a la popularidad a causa de legalizaciones del fármaco en países de América Latina. Estos son algunos ejemplos que nos desvían la atención al problema de fondo, el acceso universal del aborto para todas las mujeres lo que implica recoger las necesidades de cada grupo para el diseño de estrategias específicas.

2. Necesidades de aborto y anticoncepción de las mujeres inmigrantes y estrategias para cubrirlas.

Las atribuciones realizadas por el personal de salud que participó en el estudio, acerca del uso del misoprostol por las mujeres inmigrantes fueron principalmente: la falta de información sobre la legislación para abortar y prestaciones del sistema público de salud, la falta de información y acceso a la anticoncepción y carecer de papeles o de tarjeta sanitaria para acudir a una consulta médica y ser beneficiaria de las prestaciones para abortar.

Nuestros informantes, enfatizaron que en muchas ocasiones el temor por desconocimiento del estatus legal del aborto y por denuncias y consecuente deportación en el caso de las sin papeles, eran razones por encima de las económicas para no acudir a los servicios públicos de salud.

En España en el 2009 sólo el 36% de los contratos de trabajo a población extranjera eran mujeres. La informalidad laboral parece afectar más a las mujeres inmigrantes, el trabajo doméstico en un 80% ejercido por mujeres inmigrantes promueve la informalidad lo que implica dificultades para acceder a la tarjeta sanitaria individual. A pesar de existir el empadronamiento para acceder a la misma, las cifras indican que la población inmigrante subutiliza los servicios públicos de salud, incluyendo servicios de urgencias.

³⁹ Sahuquillo, María. “Baja el número de abortos”. En El País publicado el 31/05/2010.

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Baja/numero/abortos/elpepisc/20100531elpepisc_2/Tes

El testimonio de una informante de los servicios de salud señalaba diferencias entre mujeres inmigrantes que acudían a urgencias, las españolas por rotura del preservativo para solicitar la AE y las inmigrantes para completar un aborto autoinducido con misoprostol. Esta situación evidencia la falta de información y acceso a un servicio como la AE que hasta hace poco requería de una receta médica.

Como mujeres inmigrantes estas fueron razones atribuidas por nuestros informantes para recurrir al misoprostol. En España, los primeros casos de esta práctica se asociaron al colectivo de mujeres inmigrantes, pero el personal de salud entrevistado reportó un creciente uso por parte de mujeres españolas, especialmente las más vulnerables como las jóvenes.

En relación a esta tendencia, en el estudio se identificaron como causas la objeción del aborto en los servicios públicos, los obstáculos para acceder a la anticoncepción e información sobre el sistema de concertación con las clínicas privadas de IVES, y la falta de una educación afectiva sexual para los y las jóvenes.

Sólo el 2% de los abortos realizados en España se hicieron en el ámbito hospitalario público, en Madrid existiendo un sistema de concertación con clínicas privadas en el 2007 sólo un 30% de mujeres recibieron información sobre esta prestación y en España sólo el 17,1% se acogió a esta ayuda.

Ante el clima de objeción en la Comunidad de Madrid y la falta de información clara sobre las alternativas, las mujeres inmigrantes y las jóvenes españolas recurren a las redes sociales donde el misoprostol surge como una opción de bajo costo. Un aborto oscila entre 440 y 1,665 euros en el ámbito privado y la AE 20 euros, el misoprostol en las farmacias puede conseguirse por 10 euros una caja de 40 comprimidos o 60 euros las dosis necesarias para abortar en el mercado negro.

Sin embargo, la información sobre su correcto uso y efectividad no siempre es certera y esto junto a la falta de un seguimiento médico, genera situaciones que ponen en riesgo a las mujeres, como es el uso por encima de las semanas recomendadas o falta de información acerca de los síntomas secundarios, como sangrado, vómitos, cólicos, etc. que llevan a las mujeres a los servicios de urgencias donde no siempre encuentran la comprensión o el tratamiento adecuado. El abordaje terapéutico por parte del personal de salud en estos casos no siempre es afable, esto junto al temor a ser denunciadas favorece que acudan a las clínicas IVES y acaben gastando dinero de sus bolsillos.

A modo de conclusión, las necesidades de las mujeres inmigrantes se resumen en garantizar el acceso a los servicios de salud como cualquier otra mujer independientemente de su estatus legal, acceder a información clara acerca de sus derechos como mujeres al aborto, a la anticoncepción, y que minimicen los riesgos del uso del misoprostol como alternativa.

3. Debilidades del sistema público de salud para cubrir las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente de las más vulnerables.

En el 2007 cuando se desató la campaña contra las clínicas IVES y se debatía la necesidad de una reforma de la ley del aborto, Eva Rodríguez Armario presidenta de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI) escribió un artículo en El País bajo el título "*Verdades silenciadas del aborto*"⁴⁰. En el texto resalta una de las razones que impiden que el aborto sea una prestación pública y generalizada, según sus palabras - *...durante más de veinte años, mientras los profesionales de las clínicas privadas se formaban e investigaban en el conocimiento de esta prestación, los profesionales de salud pública permanecían estancados...*-

⁴⁰ Rodríguez Armario, Eva. "Verdades silenciadas del aborto". El País publicado el 21/09/2007.

<http://www.elpais.com/articulo/salud/Verdades/silenciadas/aborto/elpepusocsal/20070918elpepisa/2/Tes>

Entre los hallazgos más importantes de este estudio ha sido comparar las diferencias en actitudes y conocimientos sobre el aborto y anticoncepción entre profesionales de la salud pública y la privada, pero también entre españoles y latinoamericanos que ejercen en España.

Una de las diferencias que encontramos fueron los diferentes procedimientos para completar un aborto de una mujer que ha tomado misoprostol, mientras que en un hospital público procedían con la técnica del legrado, en las clínicas privadas la opción era la aspiración y más misoprostol, nunca el legrado por considerarse extremadamente aversivo para las mujeres pudiendo provocar laceraciones en el útero. Estamos hablando del 2007, cuando en la Comunidad de Madrid no se había aprobado todavía un protocolo para el uso compasivo del misoprostol, sin embargo el personal de las clínicas IVES entrevistados conocía mejor el protocolo de uso del misoprostol más recomendado y recientes hallazgos como el uso sublingual para garantizar una más rápida absorción del fármaco.

El procedimiento de información sobre planificación familiar y anticoncepción después de un aborto también marca la diferencia entre el ámbito público y privado. En los servicios de urgencias donde acuden normalmente las mujeres tras haber utilizado el misoprostol, según una médica de urgencias no existe ningún protocolo de consejería ni de planificación, queda en manos de la buena voluntad del personal, según sus palabras - *...contestamos si nos hacen alguna pregunta...*-. En las clínicas privadas cuando el aborto es a través del convenio con salud pública se envía un informe para que a los 15 días comience con la planificación sin embargo no siempre se cumple. Otra opción es que las mujeres cubran de su bolsillo la evaluación y la prescripción del tipo de anticoncepción, por el precio de 130 euros, servicio para el cual no existe ningún convenio con salud pública.

La falta de articulación entre los servicios de salud pública para abordar de manera integral la salud sexual y reproductiva de las mujeres puede ser una de las razones de estos vacíos, sin embargo el compromiso personal y los requerimientos profesionales para ejercer también son motivos de esta diferencia. Una ginecóloga de salud pública enfatizaba en que la represión en los servicios de ginecología y obstetricia era un factor para esta ausencia de educación y consejería.

Durante la realización de este estudio se planificaron actividades educativas desde el Programa Saludpromujer dirigido a profesionales de ginecología y obstetricia y organizaciones de inmigrantes. Para las primeras se intentó coordinar un evento de capacitación en el 2008 sobre el uso del misoprostol con una experta internacional y el apoyo de IPAS⁴¹, el clima de tensión y presión antiabortista dificultó que las instancias públicas y asociaciones profesionales se motivaran a co auspiciar el evento. En el 2009 el Programa Saludpromujer organizó un taller en el uso de la Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) impartido por IPAS que fue dirigido a la Asociación de Matronas Latinoamericanas (AMALA) quienes tuvieron la amplia presencia de su membresía, la mayoría matronas en proceso de homologación del título. La mayoría, a diferencia del personal de salud pública que participó en este estudio conocía esta técnica y sus beneficios para las mujeres y la salud pública.

El clima de presión antiaborto de Madrid y el desconocimiento por parte del personal de salud pública genera posiciones ambivalentes respecto a la efectividad del misoprostol para abortar. El desconocimiento del uso compasivo del misoprostol en la atención primaria y las posibilidades legales que se han materializado posteriormente para su uso en ginecología y obstetricia, inclinan a los profesionales hacia una actitud de peligrosidad e ilegalidad frente a una apertura y flexibilidad propositiva para reducir los riesgos de los abortos clandestinos con misoprostol.

Para concluir con este apartado, mencionar los prejuicios y estereotipos en relación a las mujeres inmigrantes, de una cultural sexual y reproductiva diversa “resistente” a los

⁴¹ IPAS es una organización sin ánimo de lucro que trabaja internacionalmente para mejorar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y reducir la muerte y complicaciones a causa de abortos inseguros.
http://www.ipas.org/About_Us.aspx

aprendizajes que resumen la problemática en *...porque ellas quieren..* o el prejuicio de que las inmigrantes promueven el misoprostol.

La nueva ley enfatiza en la formación teórica práctica en las escuelas de medicina y ciencias de la salud, sobre el aborto y anticoncepción. Esta propuesta ya ha generado polémica desde las instituciones docentes más conservadoras y antiaborto, las cuales proponen la objeción de sus centros educativos ante esta enseñanza.

El reto es grande, como hemos visto las debilidades de los profesionales del sistema público en aborto (salvo excepciones) tienen un retraso de veinte años respecto al personal de las clínicas privadas y profesionales de otros países, algunos de América Latina, con un mayor conocimiento y experiencia. La implementación de servicios de aborto universales en la sanidad pública, inevitablemente tendrá que ser gradual, fortaleciendo los sistemas de concertación y aprovechando el capital humano español o no que existe en el país.