

Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público*

Rosana Triviño Caballero
Unidad Asociada de Éticas Aplicadas
Instituto de Filosofía del CCHS-CSIC -
Universidad de Salamanca
rosana.trivino@cchs.csic.es

Migrant Women and Misoprostol: Private Abortion, Public Scandal

RESUMEN: ¿Por qué recurren las mujeres migrantes a un método abortivo clandestino cuando existen cauces regulados y gratuitos para interrumpir el embarazo? A partir de un caso relatado en una noticia de prensa, el presente trabajo pretende ofrecer argumentos capaces de fundamentar una posible respuesta. Frente al modelo médico hegemónico, el uso del misoprostol extiende el debate no sólo a la identificación de las disfunciones del sistema sanitario español, sino a discursos relacionados con la identidad y a planteamientos autogestionarios de empoderamiento para las mujeres.

ABSTRACT: Why migrant women turn to clandestine medical abortion when it is possible to terminate pregnancy in a regulated and free way? Starting from a case reported in a press release, this paper aims to provide arguments for a possible answer. Against the hegemonic medical model, the debate on the use of misoprostol extends not only to the identification of the Spanish health-care system dysfunctions, but to speeches about identity and self-management for women empowerment.

PALABRAS-CLAVE: misoprostol, mujeres migrantes, aborto, modelo médico hegemónico, identidad, autogestión

KEYWORDS: misoprostol, migrant women, abortion, hegemonic medical model, identity, self-management

ISSN 1989-7022

ILEMATA año 4 (2012), n° 10, 31-44

1. Introducción

En mayo de 2011, apareció una noticia en la prensa en la que se denunciaba el uso del misoprostol como método abortivo clandestino por parte de las mujeres migrantes latinoamericanas, poco más de un año después de que se aprobara en España la ley de salud sexual y reproductiva que establece el acceso libre y gratuito a la interrupción del embarazo (Pi 2011)¹. El artículo relata la historia de Ana, una mujer dominicana de 24 años que ante su segundo embarazo, considera que no está en condiciones de ser madre otra vez y acude a su médica de familia para que le tramite la interrupción de su gestación de seis

* Este artículo ha sido desarrollado en el marco del Proyecto del Plan Nacional KONTUZ! (FFI2011-24414). Se trata de una versión modificada del trabajo presentado en las Jornadas Internacionales "Negociaciones de la identidad en los procesos migratorios", celebradas en Madrid del 26 al 28 de octubre de 2011.

Received: 15-08-2012

Accepted: 01-09-2012



semanas. Sin embargo, ésta se niega. Ana recurre a internet, donde encuentra una asociación de mujeres en la que cree que pueden ayudarle en su propósito; en lugar de hacerlo, le insisten en que siga adelante con el embarazo para después dar al bebé en adopción.

En esas circunstancias, Ana decide utilizar el misoprostol, que es un método abortivo extendido en su país². No puede dejar que pase el tiempo y tampoco tiene dinero suficiente como para pagar la intervención en una clínica privada, así que llama a su abuela en República Dominicana y ésta le envía por correo varias cajas del medicamento. Allí se dispensa sin receta; en España es necesaria la prescripción médica desde que se descubrió su uso como abortivo³.

Tras tomar más de treinta pastillas, Ana no obtiene el resultado deseado. Espera unos días y vuelve a su médica de familia, que se niega de nuevo con vehemencia a tramitarle el aborto libre y gratuito estipulado por la ley hasta las catorce semanas de gestación. Finalmente, encuentra ayuda en otra asociación y como en el País Vasco, que es donde reside, no le es posible abortar, se marcha a Madrid. Allí tiene que tramitar una tarjeta provisional como desplazada y es atendida. Después de varias semanas y grandes dosis de angustia, por fin ha conseguido terminar con un embarazo que no deseaba.

Ana acaba recurriendo al misoprostol después de intentarlo previamente a través del procedimiento legalmente establecido. En ello difiere de una conducta extendida entre las mujeres migrantes, que con frecuencia optan desde el primer momento por el método que conocen de sus países⁴.

Tras conocer esta situación, surge una pregunta inmediata ¿Por qué recurrir a un método clandestino para abortar cuando existen cauces normalizados para hacerlo?

En el presente trabajo, me propongo analizar esta cuestión señalando, en primer lugar, el contexto en el que se produce esta forma de automedicación por parte de las mujeres y los problemas detectados en él; con relación a este punto, prestaré especial atención a aquéllos derivados de las relaciones asimétricas y de subordinación, características

propias del modelo médico hegemónico predominante en el sistema sanitario español (Menéndez 1982: 3; 1990: 83 y ss.). A continuación, trataré de establecer la repercusión que el uso de este mecanismo de autogestión tiene sobre la conformación identitaria de las mujeres migrantes. Finalmente, desarrollaré una serie de conclusiones abiertas para el debate.

2. ¿Qué es el misoprostol?

El misoprostol es un principio activo comercializado en España desde finales de los años ochenta como protector gástrico bajo el nombre de *Cytotec* y en combinación con un antiinflamatorio para el tratamiento del dolor articular (*Artrotec*). Sin embargo, la efectividad de sus propiedades en el ámbito ginecológico y obstétrico y su bajo costo lo han convertido en un medicamento básico en situaciones susceptibles de optar por el aborto farmacológico (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2009: 29). Por estos motivos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios autorizó en 2004 ciertos "usos compasivos" del misoprostol⁵. En esta misma línea, la Dirección General de Farmacias y Productos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid publicó en agosto de 2007 un protocolo para el "uso compasivo" del misoprostol en determinados supuestos (Martínez Fernández-Llamazares, 2007). Finalmente, el Ministerio de Sanidad aprobó en 2008 su indicación ginecológico-obstétrica bajo prescripción facultativa en el ámbito hospitalario.

A pesar de su comprobada efectividad y bajo riesgo en el primer trimestre de embarazo, España es uno de los pocos países europeos que ha incorporado el misoprostol en la lista de medicamentos autorizados para uso ginecológico y obstétrico⁶. Este dato resulta especialmente significativo si se tiene en cuenta que la Organización Mundial de la Salud incluyó el misoprostol en la lista de medicamentos esenciales, dado que su uso ha reducido significativamente el número de muertes vinculadas al aborto inseguro en América Latina, Norte de África, Europa del Este y Sudeste Asiático⁷.

Más allá de su regulación, las mujeres comenzaron a utilizar el misoprostol en la década de los ochenta; su uso se encontraba significativamente vinculado a aquellos países donde el aborto estaba más restringido y criminalizado (Vekemans 2009: 165-168). Desde entonces, este procedimiento constituye una alternativa frecuente en todo el mundo por su bajo costo, efectividad y relativo fácil acceso⁸. Como se ha señalado antes, paradójicamente en España, donde el aborto –al menos por el momento– es legal y gratuito, el uso del misoprostol sin control médico se ha convertido en una práctica común en las comunidades latinoamericanas, dando así lugar a un fenómeno minoritario cuya incidencia en el ámbito sanitario no deja de ser significativa y merecedora de análisis.

3. El sistema sanitario hegemónico y sus funciones

A priori, la elección del misoprostol autogestionado frente a las opciones que puedan ofrecerse en los servicios de salud podría achacarse a las circunstancias personales y laborales frecuentemente propias de la condición migrante (Jansà y Borrell 2002: 466-468; Morera *et al.* 2009: 11-65, 331-347; Porthé *et al.* 2009: 107-114; Maquiera *et al.* 2000: 370-442; Bravo 2003: 165, 181). No obstante, es necesario contemplar otros aspectos que guardan relación con las peculiaridades y problemas inherentes al propio sistema de salud.

El ámbito sanitario constituye un espacio en el que cualquier individuo puede experimentar la metáfora de ser migrante. Desde que se accede a él, las personas se ven inmersas en un entorno desconocido, con frecuencia en circunstancias anómalas, perturbadoras, hostiles e incluso transformantes. Es un espacio en el que proliferan códigos incomprensibles para la mayoría. Sus símbolos de poder, explícitos o sutiles; su jerarquía de colores y uniformes no obvia para quien llega; la indescifrable jerga médica, instrumento adicional de segregación y demarcación de posiciones; la rigidez de sus protocolos, que parecen perder eficacia sanadora si no se reproducen ritualmente; la excesiva burocratización de su administración; la mutación de hábitos así como

la propia vulnerabilidad que implica la condición de paciente conforman el mapa de un territorio cuyos códigos culturales resultan inquietantes y ajenos para quien lo experimenta. Entre el paciente-extranjero y el profesional-autóctono se establece una relación de dependencia en la que preocupaciones, aspiraciones e intereses siguen, con frecuencia, direcciones distintas y, en ocasiones, opuestas. La alienación es un fenómeno obvio en los ingresos hospitalarios, donde el paciente sufre una privación de libertad que afecta a los horarios, a los alimentos, a las compañías. Con la esperanza de la sanación la entrega es prácticamente total, de manera que el paciente es objeto de una regresión que lo infantiliza, al tiempo que se le requiere autonomía en sus decisiones y consentimientos informados.

El fenómeno en la atención externa es menos agudo. Sin embargo, la construcción histórica de la relación médico-paciente, instituciones-ciudadanía, espacio público-libertad individual, sigue haciendo válida la metáfora del espacio sanitario como un país extranjero. El viaje a ese territorio desconocido afecta de modo desigual a los distintos sectores demográficos. Se hace más difícil para quienes las jornadas de trabajo resultan incompatibles con los horarios de los servicios médicos normalizados; para quienes tienen dificultades lingüísticas; para quienes están irregularmente insertos en el tejido social; para quienes desconocen la legislación y no participan del saber adquirido en el proceso de socialización sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre sus derechos.

A estos y otros factores de índole cultural, primer umbral de alienación, se añaden los de género, que también operan negativamente a la hora de acceder a ese territorio extraño que son los recursos sanitarios disponibles (Bravo 2003: 141-142). Este factor resulta especialmente importante si se considera que además de los problemas de salud generales, las mujeres migrantes, por pertenecer a un grupo de edad joven y en edad reproductiva, tienen necesidades de salud vinculadas a esa área. De hecho, se ha comprobado que existe por su parte una demanda significativa en los servicios de ginecología y que un alto porcentaje de los ingresos hospitalarios guardan relación con causas

obstétricas (Cots *et al.* 2002: 372-384; Sanz *et al.* 2000: 314-318; Salazar *et al.* 2003: 49-60; Regidor *et al.* 2008). Por ello, resulta necesario abordar otras dificultades añadidas a las anteriormente descritas: la atención inadecuada, la negación de la información debida, e incluso el maltrato al que en ocasiones se ven sometidas, por parte de los profesionales sanitarios, las mujeres que desean ejercer su derecho a abortar. Cuando esto se produce, la relación asimétrica generalmente presente entre el médico -que ostenta la autoridad, el reconocimiento social y el control de las técnicas y procedimientos- y la paciente -en evidente situación de vulnerabilidad- se agudiza; es entonces cuando la objeción de conciencia se puede convertir en un instrumento de abuso de poder (Frader y Bosk 2009: 62-67). Como queda patente en la historia presentada, hay ocasiones en las que los profesionales no sólo rechazan iniciar el propio proceso, sino que también se oponen a proporcionar información sobre el acceso al aborto o a derivar a las mujeres a otros profesionales que sostengan posiciones diferentes al respecto. En estos casos, se invoca el derecho a actuar como agentes morales autónomos siguiendo el dictado de las propias creencias (Cf. Wicclair 2011: 34-44; Curlin *et al.* 2007: 1889-1892). Sin embargo, resulta evidente aquí que el ejercicio de la libertad de conciencia supone la negación a la prestación de un servicio vinculado a las obligaciones profesionales. De este modo, estos profesionales, que se encuentran en posesión del conocimiento experto y de las claves para el acceso a los diferentes servicios, por un lado imponen su veto moral no sólo sobre el juicio de sus pacientes, sino también sobre un amplio sector social que acepta la práctica; por otro, obligan a sus pacientes a elegir entre la sumisión y la asunción de la responsabilidad y la carga de descubrir las alternativas disponibles. Esto último resulta especialmente gravoso en el caso de las mujeres migrantes, que no suelen encontrarse en la mejor posición para saber qué hacer ni a dónde acudir. En esta situación, difícil es para ellas ejercer el consabido derecho a la autonomía; en cambio, no resulta inverosímil imaginar en esta interacción desigual el malestar, la humillación y la vergüenza a los que se ven sometidas por parte del objeto impune.

En tales circunstancias, no resulta sorprendente que se produzcan con frecuencia prácticas paralelas a las de la sanidad pública, en espacios

propios, a los que las migrantes recurren en busca de solución a sus problemas de salud. El uso de esas prácticas al margen del sistema constituye una marca identitaria relevante en una doble dimensión. Por un lado, porque hace que el grupo no se sienta integrado en unas prácticas propias del dominante, por más que éste presuma de ofrecer un servicio universal y gratuito; por otro, porque el uso de prácticas alternativas identifica a sus usuarias como grupo social diferenciado, capaz de reconocer precisamente en el acceso a esas prácticas su pertenencia a un entorno cultural con señas de identidad propias.

4. La autogestión como alternativa

Resulta evidente afirmar que el uso de misoprostol como método abortivo no constituye *per se* una seña esencial de identidad. Sin embargo, si aceptamos que la negociación de la identidad está vinculada en mayor medida a la contingencia de los acontecimientos que a lo que ontológicamente se es (Cf. Butler 2007: 263-275), resulta plausible interpretar que el misoprostol tiene repercusión en la construcción identitaria de las migrantes. Independientemente de las circunstancias que las conducen a optar por este método, la utilización de esta forma de automedicación por su parte opera como una respuesta generalmente eficaz y relativamente accesible que resuelve sus problemas. Es precisamente en ese sentido en el que interviene una red social, con sus propios códigos de información y mecanismos de solución, que identifica a las mujeres migrantes como integrantes de la misma. Bajo estas circunstancias, el misoprostol puede considerarse una señal de identidad ajena a las mujeres no migrantes. La obtención de soluciones distintas a sus problemas refuerza el valor de la pertenencia a ese espacio cultural que circunstancialmente se identifica con la utilización de un medicamento ajeno a la comunidad hegemónica. El medicamento se convierte, así, en una suerte de icono identitario. De este modo, queda demostrado una vez más que los usos farmacológicos, pretendidamente neutros, son susceptibles de cierta diversidad interpretativa. No sólo las hierbas mágicas y los remedios tradicionales forman parte de la cultura; también

la biomedicina occidental predominante puede convertirse en objeto de variantes inicialmente no previstas por el sistema (Meñaca 2006: 93-94).

La respuesta a esta conducta alternativa es contundente. Tanto la práctica como las agentes que la llevan a cabo son percibidas como una amenaza moral, de manera que se produce una estigmatización de las usuarias por traer "modas y malas costumbres" que operan ajenas a la norma. Las fuentes de las que emana la construcción de un juicio culpabilizador por la utilización del misoprostol son múltiples: los medios de comunicación, con noticias y titulares culpabilizadores y alarmistas (como por ejemplo, "La trampa de abortar en casa con Cytotec", titular aparecido en el periódico *El País*); los profesionales sanitarios, que en ocasiones muestran una actitud adoctrinadora y punitiva (Vargas y Casares 2010: 16-19) y la población "autóctona", que teme el efecto contagio y una mayor socialización del uso (Vargas y Casares 2010: 15, 19-21). Estos discursos, que probablemente se retroalimenten entre sí, ponen de manifiesto, por una parte, las desigualdades, los conflictos y los controles represivos de la sociedad, así como la vigencia del binomio "nosotras-las otras" también en las prácticas relacionadas con la salud sexual, reproductiva y abortiva; por otra parte, la ausencia de una consciencia crítica que señale las deficiencias del sistema sanitario español y su impotencia para cubrir las necesidades de determinados sectores de la población. La no integración de las mujeres migrantes en el sistema médico hegemónico resulta amenazante, puesto que ellas regulan colectivamente su "desorden" y, por tanto, retan a la sociedad con su propia existencia alternativa y posible.

En ese sentido, la traslación exitosa al espacio privado del aborto, uno de los grandes problemas morales de todas las sociedades, da lugar a la pérdida del control social sobre un acontecimiento que sólo a las implicadas atañe. Esta posibilidad abre un interesante debate que excede las pretensiones de este trabajo y que me limito a dejar apuntado aquí: desde el momento en que existe un método abortivo seguro para ser aplicado en casa, ¿podría abandonar el aborto su dimensión pública para convertirse en una cuestión privada? De igual modo que se puede parir en casa, ¿por qué no plantearse abortar en casa?⁹

Así pues, la construcción colectiva del conocimiento y la información a partir de la experiencia en torno al misoprostol no es un acontecimiento despreciable. En sus inicios, su utilización como método abortivo dio lugar a que se realizaran estudios sobre efectos secundarios, complicaciones, riesgos, posología y vías de administración (Barbosa y Arilha 1993: 236-240; Scheepers *et al.* 1999: 592-600; Blanchard *et al.* 2000: 189-190). Desde entonces hasta hoy, esta forma de autogestión continúa cuestionando el modelo médico hegemónico y proporcionando a las mujeres el control de sus cuerpos.

No obstante, para evitar la clandestinidad y garantizar que las mujeres puedan decidir entre todas las alternativas posibles es imprescindible una información adecuada y ampliamente difundida entre ellas. La desinformación, la criminalización y las actitudes paternalistas y discriminatorias por parte del personal sanitario sólo conducen al constreñimiento de la libertad de las mujeres y a su silencio, perpetuando así su opresión y dando lugar a malas prácticas (tráfico de medicamentos en locutorios e internet y aplicaciones inadecuadas y peligrosas del mismo, por ejemplo) que redundan negativamente en su bienestar.

5. A modo de conclusión

La mayor presencia y visibilidad de las mujeres en los actuales procesos migratorios constituye un acontecimiento de interés por la re-significación que su presencia provoca en las esferas familiar, económica, política y social; pero también en lo referente a su ámbito personal, en el que se inscribe la reivindicación de su sexualidad. Por tanto, es importante prestar la atención requerida a los fenómenos que surgen en las nuevas circunstancias.

Respetar los derechos sexuales y reproductivos significa respetar la elección individual de la mujer ante un hecho, en este caso el aborto, que atañe a su vida y a su salud de manera esencial. Para ello, es necesario que el sistema público de salud, lejos de introducir restricciones basadas en prejuicios ideológicos, incorpore de manera más efectiva y real la interrupción voluntaria del embarazo en su Cartera de Servicios.

Para lograrlo, dada la fuerza en sentido contrario que ejercen quienes están comprometidos en contra del derecho al aborto, es imprescindible generar mecanismos de información alternativos y promover vías de acceso eficaces para la población sometida a una doble dependencia o discriminación, de modo que puedan ejercer su derecho en libertad. Es evidente que no se puede dejar en manos de los objetores la información debida a las mujeres que tienen derecho a abortar; la Administración tiene que recurrir a otros mecanismos informativos para evitar el incumplimiento de la ley.

El misoprostol aparece como una alternativa marginal que ofrece una solución segura siempre y cuando se cumplan todas las garantías para su uso adecuado. Por ello, es importante que el sistema asuma su responsabilidad en un proceso que tiene repercusiones en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de las mujeres. La accesibilidad real y el funcionamiento adecuado de los servicios de salud sexual, reproductiva y abortiva proporcionan la posibilidad de un mayor empoderamiento para la toma de decisiones por parte de las mujeres. En cierta medida, de ello dependerá el desarrollo de sus capacidades, el aprovechamiento de las oportunidades económicas y políticas que puedan encontrarse y, en definitiva, el control de sus propias vidas.

Bibliografía

- Avendaño, C. (2009): "Uso compasivo de medicamentos: un cambio necesario en España" *Medicina Clínica*, 133 (11): 425-426. Disponible en: http://www.biolex.es/alumnos/mir_0809/docs/220220102.pdf
- Barbosa, R. & M. Arilha. (1993): "The Brazilian experience with Cytotec" *Studies in Family Planning*, 24: 236-240.
- Belaza, M.C. (2007): "La trampa de abortar en casa con Cytotec". *El País*. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/trampa/abortar/casa/Cytotec/elpepusoc/20070114elpepusoc_2/Tes
- Blanchard, K. et al. (2000): "Misoprostol alone: a new method of medical abortion?" *Journal of American Medical Women's Association*, 55 (3 Suppl.): 189-190.

- Bravo, A. (2003) "Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid" *Migraciones*, 13: 137-183.
- Butler, J. (2007): *El género en disputa*. Madrid: Paidós. Traducción de M. A. Muñoz.
- Cots, F. et al. (2002): "Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona" *Gaceta Sanitaria*, 16, 376-384.
- Curlin et al. (2007): "Religion, conscience, and controversial clinical practices" *New England Journal of Medicine*, 356: 1889-1892.
- Europa-Press. (2012): "Los ambulatorios catalanes dispensan la píldora abortiva a 1.186 mujeres en un año" *Europapress Cataluña*. Disponible en: <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-ambulatorios-catalanes-dispensan-pildora-abortiva-1186-mujeres-ano-20120310111644.html>
- Frader, J. & C.L. Bosk. (2009): "The personal is political, the professional is not: Conscientious objection to obtaining/providing/acting on genetic information" *American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics)*, 151C:62-67.
- Grimes, D. A. et al. (2006): "Unsafe abortion: the preventable pandemic" *The Lancet*, 368 (9550): 1908-1919. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/article_unsafe_abortion.pdf
- Jansà, J.M. y C. Borrell. (2002): "Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades" *Atención Primaria*, 29: 466-468. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/salud-e-inmigracion-nuevas-realidades-nuevos-retos-13062528-capitulo-1-visiones-salud-publica-perspectiva-genero-clase-social-2004>).
- Jansà, J.M. y P. García Olalla. (2004): "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos" *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 207-213. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/salud-e-inmigracion-nuevas-realidades-nuevos-retos-13062528-capitulo-1-visiones-salud-publica-perspectiva-genero-clase-social-2004>
- Maquiera, V. et al. (2000): "Políticas públicas, género e inmigración", en P. Pérez (ed.), *También somos ciudadanas*: 370-442. Madrid: UAM.
- Martínez, M. y J. Martínez. (2006): "Determinantes psicosociales de la utilización de organizaciones comunitarias por inmigrantes" *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (3): 433-444.
- Martínez Fernández-Llamazares, C. et al. (2007): *Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Protocolos de Medicamentos fuera de Indicación*. Dirección General de Farmacias y Productos Sanitarios, Comunidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1181264580324&ssbinary=true>
- Menéndez, E.L. (1982): "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias de salud" *Cuadernos Médico Sociales*, 21: 25-42.
- Menéndez, E.L. (1990): *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial.

- Meñaca, A. (2006): "La 'multiculturalidad' de la medicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas", en G. Fdez. Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*: 93-108. Quito: Abya Yala.
- Miller, S. et al. (2005): "Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association" *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112: 1291-1296. Disponible en: <http://bixby.berkeley.edu/wp-content/uploads/2010/05/Miso-and-the-declining-abortion-related-morbidity-in-DR-09.05.pdf>
- Morera, J. et al. (2009): *Manual de atención al inmigrante. Situación actual de la inmigración en España. Desigualdades en salud*. Barcelona-Majadahonda: ERGÓN. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/files/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf
- OMS (Departamento de Salud Reproductiva e Investigación) (2010): *Aclaración sobre la postura de la OMS respecto del uso del misoprostol en la comunidad para reducir la mortalidad materna*, Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.11_spa.pdf
- ONU. (1995): *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo. El Cairo, 5-13 septiembre 1994*. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>
- Pi, V. (2011): "Los abortos clandestinos sobreviven a la Ley del Aborto" *Público*. Texto completo en: <http://www.publico.es/espana/377324/los-abortos-clandestinos-sobreviven-a-la-ley-del-aborto>
- Porthé, V. et al. (2009): "La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud" *Gaceta Sanitaria*, 23 (1): 107-14. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/la-precariedad-laboral-inmigrantes-situacion-irregular-esp%C3%B1a-13145748-originales-2009>
- Regidor, E. et al. (2008): *Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*. Fundación Ciencias de la Salud. Disponible en: http://www.fcs.es/docs/publicaciones/resultados_informe_inmigracion.pdf
- Regidor, E. et al. (2009): "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España" *Gaceta Sanitaria*, 23 (1): 4-11.
- Salazar, A. et al. (2003): "Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia" *Instituto de Salud Carlos III. Boletín Epidemiológico Semanal*, 11(5): 49-60.
- Sanz, B., A.M. Torres y R. Schumacher. (2000): "Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la comunidad de Madrid" *Atención Primaria*, 26: 314-318.
- Scheepers, H.C., E.J. van Erp & A.S. van Bergh. (1999): "Use of Misoprostol in first and second trimester abortion: a review" *Obstetrical & Gynecological Survey*, 54: 592-600.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). (2009): *Misoprostol*. Disponible en: http://www.sego.es/content/pdf/Dossier_medico_misoprostol_v3-091230_SEGO.pdf
- Vargas, Y.A. y R. Casares. (2010): *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*. Disponible en: http://saludpromujer.md.rcm.upr.edu/index.php?option=com_content&view=section&id=26&Itemid=266

- Vekemans, M. (2009): "Making induced abortion safe and legal, worldwide" *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14 (3): 165-168.
- Wicclair, M. R. (2011): *Conscientious Objection in Health Care*. New York: Cambridge University Press.
- Zamberlin, N. y S. Raiher. (2010): "Revisión del conocimiento disponibles sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina", *CLACAI-CEDES*. Disponible en: http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/25/InformeFinal_Revision_Miso_Argentina.pdf?sequence=1

Websites citados

Gynuity Health Projects: http://gynuity.org/downloads/map_miso_approval_sp.pdf
 Misoprostol in Obstetrics and Gynaecology: <http://www.misoprostol.org/>

Notas

1. Adelanto aquí que el misoprostol es un principio activo que tomado en determinadas dosis puede tener efectos abortivos. Su uso inadecuado implica consecuencias potencialmente graves para la mujer y el feto. Información extraída de <http://www.misoprostol.org/>
2. No existen muchos trabajos que proporcionen datos exactos sobre el uso del misoprostol en Latinoamérica (Zamberlin y Raiher 2010: 14). Sin embargo, sí pueden encontrarse estudios parciales que constatan su realidad. En el caso de la República Dominicana, cf. Miller *et al.* 2005: 1291-1296.
3. Según declara una farmacéutica de Madrid en la noticia relatada: "Antes lo dábamos a quien nos lo pidiera, en un caso extremo, aunque no tuviera receta. Pero cuando empezamos a saber que se utilizaba para abortar, cortamos el grifo".
4. A falta de información técnica más precisa, recorro al testimonio de A. Segura, de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid (APFM), que afirma que cada año pasan por su consulta unas treinta mujeres latinoamericanas -mayoritariamente dominicanas, colombianas, paraguayas, uruguayas y ecuatorianas- tras haber intentado abortar con misoprostol (Pi 2011). Asimismo, Y. A. Vargas y R. Casares constataron en 2007 diez casos al mes en un hospital público del centro de Madrid y de tres a seis casos a la semana en dos clínicas privadas (Vargas y Casares 2010: 8).
5. Se entiende por "uso compasivo de medicamentos" la utilización excepcional de un fármaco cuando, de acuerdo con el criterio médico, se considere indispensable para un paciente o grupo de pacientes en alguna de estas situaciones: a) el medicamento está en fase de investigación, b) el medicamento se requiere para una indicación distinta a las autorizadas en su ficha técnica y c) el medicamento está autorizado en otros países, pero no en España por motivos de mercado (Avendaño 2009: 425-6).

6. Para consultar la aprobación del uso del misoprostol en Europa y en el resto del mundo, consultar: http://gynuity.org/downloads/map_miso_approval_sp.pdf
7. La Organización Mundial de la Salud estima que el número de abortos realizados en malas condiciones asciende cada año a veinte millones en el mundo. Ello produce cerca de 70.000 muertes por esta causa. Conscientes de este problema, en la "Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo" de El Cairo, celebrada en 1994, se produjo un hito importante concerniente a estas materias. Allí se enunció el concepto de "salud reproductiva" con el fin de reconocer un conjunto de derechos que garantizara una vida sexual segura y satisfactoria. La comunidad internacional puso de relieve el problema de salud pública que implica el aborto en condiciones precarias y se pronunció sobre la necesidad de que el acceso al mismo se produjera en las condiciones adecuadas. Ello condujo a la inclusión –aunque con ciertas cautelas– del misoprostol en la lista de medicamentos esenciales por su eficacia, su bajo costo y su aceptación cultural por parte de las mujeres (Grimes 2006: 1908-1919; ONU 1995: 37-39; OMS 2010).
8. Sin embargo, el recelo suscitado por su posible uso abortivo en las farmacias probablemente haya dado lugar a un incremento de su venta irregular, con la consiguiente inflación de su precio y la ausencia de controles de calidad del medicamento.
9. En febrero de 2011, La Generalitat de Cataluña puso en marcha un programa-piloto para dispensar tratamiento farmacológico con fines abortivos de manera ambulatoria antes de las 7 semanas de gestación. El objetivo inicial era el abaratamiento de costes y la desocupación de quirófanos. Adicionalmente, desde las instituciones sanitarias se estima que las mujeres han valorado positivamente la medida por resultar "menos intervencionista". Otros países, como Francia, Suecia o Austria llevan años poniéndola en práctica. Más información en: <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-ambulatorios-catalanes-dispensan-pildora-abortiva-1186-mujeres-ano-20120310111644.html>