

“Sigue siendo un sistema precario”. Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas

“The system is still precarious”. Barriers in access to medical abortion: the experience of accompanying persons in three regions of Mexico

“Continua sendo um sistema precário”. Barreiras no acesso a abortos medicalizados: a experiência de acompanhantes em três regiões mexicanas

Suzanne Veldhuis ¹
Georgina Sánchez-Ramírez ¹
Blair G. Darney ^{2,3}

doi: 10.1590/0102-311XES124221

Resumen

El objetivo de esta investigación fue la identificación de las barreras más recurrentes de acceso a abortos en contextos clínicos (clandestinos o legales), desde la perspectiva de acompañantes, activistas feministas que acompañan a mujeres que optaron por abortos autogestionados con medicamentos. Realizamos 14 entrevistas semiestructuradas con acompañantes en tres regiones mexicanas: Baja California y Chiapas, ambos contextos restrictivos, y la Ciudad de México, donde el aborto por voluntad es legal hasta las 12 semanas. Identificamos cuatro categorías en las cuales se entretajan las vulnerabilidades sociales de las mujeres que deciden abortar, la falta de información, persistencia de estigma, y la influencia del marco legal, los fallos en la atención del aborto, incluso en las clínicas de interrupción legal de embarazo (en la Ciudad de México), y mala calidad de los servicios prestados -maltrato, objeción de conciencia y denuncia de los proveedores de salud-, y, por último, los grupos anti-derechos y sus estrategias. En las tres regiones, el acceso a abortos clínicos sigue siendo un privilegio reservado para las mujeres que cuentan con los recursos económicos, logísticos y sociales indispensables para realizarlo en esos espacios. La existencia de un programa Interrupción Legal de Embarazo en solamente una entidad denota la existencia de una desigualdad jurídica y sanitaria. Los hallazgos de este estudio sobre mujeres acompañantes de abortos aportan elementos para que el Estado mexicano mejore el acceso a abortos seguros para todas las mujeres, sobre todo ahora que la Suprema Corte de la Justicia de la Nación decretó la despenalización, y la legalización inminente en todo el país.

Aborto; Aborto Legal; Accesibilidad a los Servicios de Salud

Correspondencia

S. Veldhuis
El Colegio de la Frontera Sur.
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n., San Cristóbal de las Casas / Chiapas – 29230, México.
suzanne.veldhuis@gmail.com

¹ El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas, México.

² Oregon Health & Science University, Portland, U.S.A.

³ Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.



Introducción

Actualmente el acceso al aborto seguro refleja las desigualdades que existen, tanto a nivel mundial, como al interior de los países y sociedades. Las mujeres con menor acceso a abortos seguros son aquellas en situaciones de vulnerabilidad, tanto en contextos legales como restrictivos ¹. Durante décadas, la barrera más importante para obtener servicios seguros fue la falta de opciones legales, y la despenalización ha demostrado ser una herramienta poderosa para incrementar el acceso a abortos seguros ¹.

Sin embargo, la existencia de servicios legales no garantiza automáticamente el acceso a ellos. Estudios internacionales describen las razones por las cuales hay mujeres que optan por abortar fuera de contextos clínicos, a pesar de contar con servicios legales. Estas razones van desde falta de información, costos, falta de privacidad, la distancia, normatividad (p.ej. límites gestacionales, consentimiento obligatorio de terceros), hasta temor a la estigmatización ^{2,3}.

En México, el aborto por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas estaba despenalizado solo en la Ciudad de México (2007) y Oaxaca (2019) al momento de realizar esta investigación. Los estados Hidalgo y Veracruz despenalizaron el aborto en junio y julio (respectivamente) de 2021 ⁴, y en septiembre 2021 la Suprema Corte de la Justicia de la Nación (SCJN) declaró como inconstitucional la criminalización del aborto, impulsando la futura despenalización y legalización del aborto en otros estados. Hasta la fecha, únicamente en la Ciudad de México existe el programa Interrupción Legal de Embarazo (ILE) de la Secretaría de Salud, que por ley ofrece servicios de aborto gratuitos en clínicas públicas basados en evidencia ⁵. Desde su inicio en abril 2007, el programa ILE ha atendido a más de 210.000 mujeres, y aproximadamente el 30% procedían de alguno de los 31 estados del país ⁶. El éxito del programa se refleja además por la disminución de la mortalidad por abortos ⁷, y un efecto desestigmatizante y legitimador de la interrupción de embarazo en la Ciudad de México ⁵. Sin embargo, el acceso a las clínicas legales es menos accesible para adolescentes, mujeres de bajos recursos o con baja escolaridad, dificultándose el acceso a los servicios para quienes viven a mayor distancia ^{6,8,9,10,11}.

Los estados que han despenalizado recientemente el aborto lo han realizado en el contexto actual del gobierno federal (menos conservador) y el dictamen de la SCJN, pero sin una sensibilización previa de la población, ni del sector de salud, lo que trae como resultado un pobre impacto en la atención de las interrupciones en instituciones de salud pública y en la empatía hacia quienes deciden abortar. En los otros estados, el aborto está permitido bajo ciertas causales legales (p.ej. en caso de violación) ⁴. No obstante, la existencia de estas causales no garantiza el acceso ^{12,13,14}. La falta de conocimiento de la legislación, la poca disponibilidad para prestar servicios de aborto, la objeción de conciencia (el incumplimiento de una acción profesional bajo el amparo del respeto a creencias personales morales o religiosas) y opiniones negativas sobre mujeres que abortan por parte de proveedores mexicanos han demostrado ser barreras adicionales para el acceso a servicios legales ^{15,16,17}.

Adicionalmente, en todo el país se encuentran proveedores y clínicas privadas que ofrecen servicios de aborto (clandestinos o legales), a menudo con precios altos y utilizando métodos obsoletos como el legrado ¹¹, a pesar de que existen métodos más seguros como la aspiración manual endouterina y los medicamentos mifepristona y/o misoprostol, los cuales están recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁸ y son utilizados en las clínicas de interrupción legal de embarazo. Frecuentemente, clínicas privadas realizan prácticas que van desde muy deficientes hasta completamente inseguras, tanto en México ^{11,19}, como en otros países ²⁰.

El racismo institucional produce barreras para el acceso a abortos clínicos: mujeres de color frecuentemente enfrentan discriminación en los servicios de salud y sufren retrasos en la atención postaborto ²¹. En México, mujeres indígenas corrían mayor riesgo de tener un aborto inseguro, definido como un aborto realizado fuera de contextos clínicos o por un proveedor no-médico ²².

México es un país predominante católico, y la Iglesia Católica juega un papel importante en la prohibición (legal y cultural) del aborto ^{5,23,24}. En todo el país, el aborto está altamente estigmatizado, aunque en menor medida en la Ciudad de México, lo cual se atribuye al estatus legal ^{23,24,25}. Sin embargo, estudios encontraron que la mayoría de los católicos mexicanos están de acuerdo con el aborto bajo las excepciones legales más comunes, aunque hay menos apoyo para aborto por voluntad de la mujer ²⁶. El ser católica no necesariamente resulta en la continuación de un embarazo no deseado ^{11,27}.

Debido a la falta de acceso a abortos seguros en espacios clínicos en México, y la introducción del aborto con medicamentos, se ha visto un aumento de la autogestión de misoprostol desde hace dos

décadas²⁸. Hoy en día, la OMS reconoce que un aborto con medicamentos autogestionado, realizado fuera de contextos clínicos, puede ser seguro²⁹. En Latinoamérica surgieron iniciativas de activistas feministas, acompañantes, que forman parte de organizaciones no-gubernamentales (ONG), colectivas feministas, o que laboran independientes, y brindan información sobre el aborto seguro y acompañamiento holístico durante el proceso^{30,31}. Se dedican específicamente al acompañamiento de mujeres que optan por un aborto en casa con medicamentos, sin embargo, es común que también apoyen para acceder a servicios clínicos (clandestinos o legales), y mantienen el contacto durante el proceso del aborto. Por lo tanto, tienen una experiencia amplia y única, que les permite identificar factores que influyen en el acceso a estos espacios.

Los datos presentados en esta introducción dan cuenta de cómo una intersección de factores dificulta el acceso a abortos clínicos, especialmente para mujeres en situaciones de vulnerabilidad. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se basan en el análisis de datos cuantitativos, principalmente del programa ILE, y existen pocos estudios que describen los obstáculos al acceder a todos tipos de abortos clínicos en México, con base en las experiencias de las mujeres que deciden abortar^{11,27}, y ninguno desde la perspectiva de sus acompañantes. El objetivo de esta investigación fue identificar las barreras más recurrentes de acceso, basadas en la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas; en dos contextos restrictivos (Baja California, frontera norte y Chiapas, frontera sur) y un contexto legal (Ciudad de México, centro del país).

Métodos

Esta investigación cualitativa fue realizada en las tres regiones de México antes mencionadas, las cuales son disímiles entre sí. La población de Chiapas es predominante rural, pobre y vulnerable, y casi un tercio es hablante de una lengua indígena³². Tiene el Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo del país (0,667)³³. Al momento de realizar la investigación, el gobierno de Chiapas provenía del partido Morena (considerado progresista). Por su parte, Baja California tiene una población predominante urbana, la mayoría no pobre o vulnerable, menos de 1% es indígena³², y un IDH alto (0,776)³³. Ha sido gobernado por el Partido Acción Nacional (PAN) desde 1989, (partido católico conservador), y es uno de los estados donde se registra la mayor cantidad de mujeres denunciadas, procesadas y encarceladas por aborto³⁴. Por último, la Ciudad de México tiene el IDH más alto del país (0,830)³³. La entidad ha tenido administraciones más liberales con una cultura favorable respecto al derecho a decidir de las mujeres, sin que ello implique una erradicación total de su estigmatización^{5,23}.

Recolección de datos

Identificamos a las participantes, acompañantes que brindan información sobre cómo acceder a un aborto seguro y acompañamiento a mujeres que abortan con medicamentos fuera de contextos clínicos (tanto de colectivas feministas, como de ONGs o que trabajan individualmente, conformándose un universo variado) mediante la técnica de “bola de nieve”, una técnica de muestreo no-probabilístico, en donde una persona de una población de difícil acceso puede llevar a otra hasta llegar a saturación teórica³⁵, lo que se facilitó gracias a que la investigadora principal es una proveedora de abortos y activista feminista.

Entre diciembre 2019 y febrero 2020 realizamos 14 entrevistas semiestructuradas en persona (Chiapas) o por videoconferencia (Baja California y Ciudad de México) con una duración de entre 45 y 120 minutos, realizadas previo consentimiento informado. Fueron grabadas al momento y transcritas para el análisis. Los nombres de las entrevistadas fueron cambiados y las ubicaciones exactas omitidas para protección de las participantes.

Las preguntamos: “En tu experiencia, ¿qué barreras existen para que una mujer tenga acceso a un aborto seguro? ¿Qué facilita el acceso?”. Adicionalmente, indagamos sobre posibles razones percibidas entre las mujeres acompañadas para optar por un aborto en casa, en lugar de en una clínica, y por qué creen que no optaron por un aborto legal. Adicionalmente, solicitamos datos sociodemográficos de las entrevistadas, y para tener una idea sobre las mujeres acompañadas, preguntamos: “¿Cómo describi-

rías a las mujeres que acompañas en cuanto a: edad promedio, escolaridad, ocupación, hablar lengua originaria, religión, estado civil, tener hijos, nivel socioeconómico?”.

Llegamos a la saturación teórica ³⁶ después de haber conducido 4 entrevistas en Chiapas, 5 en Baja California y 5 en la Ciudad de México. La investigación tenía la aprobación del Comité de Ética para la Investigación de El Colegio de la Frontera Sur.

Análisis de datos

Utilizamos un enfoque de género y salud ³⁷ para el análisis, lo cual fue un proceso tanto deductivo como inductivo. Las narrativas relevantes para la pregunta de investigación fueron capturadas en el programa Excel (<https://products.office.com/>) sobre categorías previamente creadas de acuerdo con factores que influyen el acceso al aborto previamente identificados ^{2,3,38}: factores sociodemográficos, recursos, información, estigma, contexto legal, infraestructura, y proveedores de servicios médicos. Trabajando con la teoría fundamentada, realizamos una codificación abierta y axial para ajustar, adaptar, modificar y crear nuevas categorías, identificando temas emergentes ³⁶.

Resultados

Perfil de las entrevistadas

Las entrevistadas tenían un rango de edad entre los 25 y 65 años y se asumieron como activistas feministas y contaban con estudios universitarios o posgrado (Cuadro 1), este último dato coincide con un estudio previo sobre acompañantes en México ³⁹. En promedio, tenían 5 años de experiencia como acompañantes, y las atenciones varían entre 2 a 200 mujeres al año; el número de mujeres atendidas no es directamente proporcional a los años de experiencia.

Las acompañantes entrevistadas tenían amplia presencia en redes sociales, donde muchas mujeres las localizan, por medio de boca-en-boca, o a partir de otras formas de difusión como el reparto de folletos o la pintada de murales. En las tres regiones, las participantes acompañaron a mujeres de sus propias regiones, como de otras partes del país, incluso otros países hispanohablantes y contextos legales, y describieron acompañar una gran variedad de mujeres; jóvenes, principalmente de clase media y baja, con pareja, con educación, ocupación, religión y maternidades heterogéneas, incluyendo mujeres vulnerables (Cuadro 2).

El acompañamiento brindado por las acompañantes entrevistadas se apega a lineamientos internacionales para la atención al aborto seguro y es considerado holístico, ya que toma en cuenta aspectos emocionales, logísticos y económicos, entre otros ⁴⁰.

Vulnerabilidades sociales de las mujeres que deciden abortar

Las entrevistadas describieron características y circunstancias individuales de las mujeres que abortan, expresiones de marcadores de desigualdades sociales, que dificultan su acceso a abortos seguros, independientemente del contexto legal, tal como el hecho de no poder hablar sobre su decisión de abortar con personas cercanas o familiares, y el no tener redes de apoyo o de confianza que les sostengan durante el proceso.

“Le dicen a la pareja: ‘oye estoy embarazada’ y la pareja desaparece, entonces es afrontar todos esos gastos, todo absolutamente solas” (Ofelia – Chiapas).

Así mismo, refirieron que para que una mujer pueda acceder a una clínica legal se necesita contar con tiempo, tanto para poder viajar a la Ciudad de México o los EE.UU., como para el proceso, ya que las clínicas frecuentemente tienen horarios limitados. Ellas mencionaron que a veces las mujeres no cuentan con la posibilidad de ausentarse de sus trabajos y sus hogares. Las mismas dificultades aplican para mujeres en la Ciudad o el Estado de México, a pesar de vivir más cerca de las clínicas.

Cuadro 1

Características generales de las participantes en el estudio o acompañantes. Baja California, Ciudad de México y Chiapas, México.

REGIÓN	ID	EDAD (AÑOS)	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	HABLA LENGUA ORIGINARIA	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	HIJOS	EXPERIENCIA (AÑOS)	ATENCIÓNES AL AÑO
Baja California	Camila	36	Maestría	Psicóloga	No	No	Soltera	No	4	13
	Cinthyá	65	Maestría	Maestra jubilada	No	Creo en Dios	Divorciada	Sí	4	18
	Caro	25	Licenciatura	Estudiante + mesera	No	No	Soltera	No	0,5	18
	Clarisa	35	Licenciatura	Activista + artesana	No	No	Soltera	No	4	210
	Claudia	29	Especialización	Consultora	No	No	Soltera	No	2	102
Ciudad de México	Ana	37	Maestría	Consultora	No	No	Unión libre	No	12	8
	Andrea	30	Licenciatura	Periodista	No	No	Soltera	No	3	20
	Aurora	26	Licenciatura	Área administrativa	No	No	Soltera	No	3	15
	Olivia	35	Posgrado	Trabajadora social	No	No	Soltera	No	10	6
	Clementina	25	Licenciatura	Estudiante + paramédica	No	No	Soltera	No	5	216
Chiapas	Anahí	36	Maestría	Consultora	No	No	Unión libre	No	5	2
	Ofelia	25	Maestría	Estudiante	No	No	Soltera	No	10	50
	Cloe	42	Maestría	Consultora	No	No	Casada	Sí	4	186
	Otilia	30	Licenciatura	Trabajadora de asociación civil	Sí	No	Unión libre	No	3	42

“No tenían posibilidades para venir, porque hay que venir temprano por la mañana y no tenían las condiciones para llegar y sacar sus citas. Los horarios laborales son tan absorbentes, no coinciden con los horarios de las clínicas. Las chicas no tienen los recursos para tomarse un día, pues prefieren irse a sus empleos” (Ana – Ciudad de México).

También mencionaron el obstáculo de no contar con los documentos para poder ser atendida en clínicas legales, tanto en la Ciudad de México (en donde es indispensable una identificación oficial, comprobante de domicilio, entre otros ⁴¹) como en los EE.UU., ya que para esta última opción además es necesario contar con un pasaporte y visa.

El factor económico persiste como una de las principales brechas entre mujeres pobres y no pobres para poder acceder a un aborto en un contexto clínico, y es mencionado por casi todas las acompañantes. Aunque las clínicas del programa ILE son gratuitas, hay costos implicados como, por ejemplo, el transporte a la clínica, y únicamente las mujeres que cuentan con los recursos económicos suficientes pueden permitirse el lujo de acudir a clínicas privadas, viajar a los EE.UU. o a la Ciudad de México.

Aunado a lo anterior, varias entrevistadas mencionaron que para ciertos grupos de mujeres el acceso a abortos clínicos es más difícil. Las acompañantes en Chiapas mencionaron que específicamente las mujeres indígenas, mujeres pobres y mujeres migrantes se encuentran en situaciones que dificultan el acceso. Cloe, quien pertenece a un colectivo feminista que se enfoca específicamente en el acompañamiento de mujeres que pertenecen a estos grupos, comenta: *“El recurso [es un factor], recordemos que las mujeres somos más pobres y en este contexto chiapaneco las mujeres son más pobres todavía, y que pagues mínimo en una clínica tres mil pesos o hasta 20 mil, que nos han dicho que les han cobrado, o sea, ¿cuánto tiene que trabajar una mujer? digo, voy a parir tres hijos antes de juntar los 20 mil pesos”.*

Cuadro 2

Características de las mujeres acompañadas (reportadas por las acompañantes). Baja California, Ciudad de México y Chiapas, México.

REGIÓN	ID	EDAD (AÑOS)	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	HABLA LENGUA ORIGINARIA	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	HIJOS	NIVEL SOCIOECONÓMICO
Baja California	Camila	25	Estudiantes, profesionistas	Estudiantes, trabajo remunerado	No	No sé	Solteras, unión libre	Sí	Medio
	Cintha	25	No universitarias	Empleadas, trabajadoras de maquilas	No	No sé	Solteras	No	Medio-bajo
	Caro	20-30	Universitarias	Estudiantes, amas de casa, empleadas	No	Sí	Casadas	Algunas	Medio-bajo, medio
	Clarisa	18-26	No sé	No sé	Dos casos	Sí	Con pareja	No sé	Medio-bajo, medio
	Claudia	18-32	Universitarias	Estudiantes	No	Mayoría no	Con pareja	Sí	Medio
Ciudad de México	Ana	20-30	Bachillerato a licenciatura	Trabajo remunerado, estudiantes	No sé	Sí	Con pareja	Sí	Medio-bajo, medio-alto
	Andrea	16-21	No estudian o preparatoria	Trabajo remunerado	No	Católicas	Solteras, con novio	No	Bajo
	Aurora	< 32	Estudiantes o amas de casa	Estudiantes, amas de casa sin carrera	No	Católicas	Con novio, casada con hijos	La mitad sí	Medio-bajo
	Olivia	20-40	Secundaria, preparatoria	Estudiantes, trabajadoras, amas de casa	No	Católicas	Solteras, relaciones inestables	Algunas sí	Bajo, medio
	Clementina	16-30	No sé	Varía mucho, también amas de casa	No	Pocas	Mayoría con pareja	Sí	Bajo, algunas medio
Chiapas	Anahí	20-28	Licenciatura, maestría	Trabajo remunerado	No	Católicas	Unión libre	Sí	Medio
	Ofelia	17-23	Preparatoria, universidad	Trabajo remunerado, estudiantes	No	Una vez católica	Con novio	No	Medio-bajo, medio
	Cloe	Varia	Varia	Varia	Varia	Varia	Varia	Varia	Varia
	Otilia	25	Preparatoria	Estudiantes	Sí	Católicas o sin religión	Unión libre	Sí	Medio

Varias entrevistadas relataron que para las menores de edad acceder a una clínica legal es mucho más difícil por el acompañamiento obligatorio por una persona adulta; en las clínicas públicas únicamente puede ser madre, padre, tutor o representante legal ⁴¹. Además, es complicado para las jóvenes ausentarse de la escuela o de sus hogares, porque muchas veces no quieren que se enteren sus familiares, pareja o amistades.

Estos hallazgos coinciden con el cuerpo científico que describe cómo las características y circunstancias individuales de las mujeres, marcadores de desigualdades sociales, son el punto de partida, desde donde se van agregando otros obstáculos ¹. En las tres regiones de estudio, son las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad y con menores redes de apoyo, quienes siguen teniendo menos

posibilidades para acceder a un aborto clínico, inclusive en la Ciudad de México, lo que coincide con hallazgos de otros autores ^{6,8,9,10,14,22,27,42}.

Destaca el que entrevistadas en dos regiones lejanas de la Ciudad de México consideraron que no existe una posibilidad real para acceder a un aborto legal en la capital (o los EE.UU.), confirmando que existe una desigualdad jurídica importante, ya que depende de la procedencia y recursos económicos, logísticos y sociales indispensables de una mujer si logra acceder a un servicio seguro ^{8,11,42}.

Falta de información, persistencia de estigma, y la influencia del marco legal

El acceso a información, el estigma y el efecto de la (des)penalización del aborto fueron descritos como puntos claves por casi todas las acompañantes, en las tres regiones.

Las entrevistadas en Baja California y Chiapas mencionaron que varias mujeres que las contactan no saben que existen causales legales para el aborto en sus estados, y que no saben que existe la interrupción legal de embarazo en la Ciudad de México. También acompañantes en la Ciudad de México refirieron que varias mujeres no saben que existen servicios legales, que no conocen los requisitos o que no saben dónde se lo pueden realizar.

“No se sabe que existen aquí [en Baja California] tres causales para la interrupción legal del embarazo. Los medios de comunicación no hablan de estas causales... Muchas mujeres nos escriben porque no saben que es legal [en la Ciudad de México], ¡una década y todavía no llega toda la información! O sea ¿qué está pasando en la Ciudad de México?” (Claudia – Baja California).

Varias entrevistadas refirieron que hace falta información sobre cómo acceder a un aborto seguro, qué es un aborto seguro, y cuáles son las opciones. Además, mencionaron que la existencia de mitos sobre el aborto en general es un problema que identificaron tanto en las mujeres que abortan como en proveedores de servicios médicos.

“Han metido el miedo que te vas a quedar estéril, que no vas a poder tener hijos, que te vas a morir en un procedimiento, lo maneja tanto personal médico como cualquier persona” (Anahí – Chiapas).

La falta de información se entrelaza con el estigma, mismo que fue mencionado por casi todas las entrevistadas como un obstáculo importante, ya que se imbrican en la valoración de las mujeres: las creencias religiosas que sancionan su libertad sexual y la educación afianzada en estereotipos de género, donde se asume que a las mujeres desde niñas hay que educarles en el cuidado y la procuración de los bebés, en el adiestramiento para ser “buenas madres” ^{23,24}.

“Todo este imaginario de que son bendiciones [los bebés] y es lo mejor que pasa en la vida... todas estas frases culturales, sociales, estos estigmas en contra de la interrupción legal del embarazo. Eso es el principal obstáculo, [desde pequeña] te dan al bebé [muñeca] para que lo cuides, los platitos y los pañalitos...” (Olivia – Ciudad de México).

Así, en las tres regiones refirieron una estigmatización fuerte de la mujer que aborta; tanto por parte de ella misma (al contraponerse al mandato inculcado desde pequeña), como por parte de sus amigos, pareja, familia, sociedad en general, inclusive los propios proveedores de servicios de salud.

“Hay compañeras que han estado en la Ciudad de México que me han comentado que han sentido en clínicas legales, ese rechazo, ese prejuicio, aunque sea legal, no le quita lo clandestino...” (Camila – Baja California).

Varias entrevistadas, especialmente en Baja California, identificaron cómo la religión católica fomenta el estigma, lo que coincide con varios estudios previos realizados en el país ^{23,25,26,27,43}. El papel de la Iglesia Católica en la criminalización social y legal del aborto es importante, sin embargo, hay matices en qué significa el ser católico como persona y cómo esto se traslada en una opinión sobre el aborto ²⁶, lo cual se ve reflejada desde la disposición de proveer el servicio por proveedores católicos ¹⁵, hasta la existencia de acompañantes católicas ³⁹ y organizaciones como Católicas por el Derecho a Decidir.

El estigma impide a una mujer hablar con otras personas sobre su decisión y dificulta la difusión de información adecuada; además de obstaculizar el acceso a servicios médicos y afectar la calidad de la atención sanitaria. Como si de un pez mordiendo la cola se tratara, no hay suficiente información, porque prevalece el estigma, y hay estigma porque no hay suficiente información como para derribar mitos y creencias arraigadas en el deber ser atribuido socialmente a las mujeres.

Las entrevistadas consideraron que, con la despenalización del aborto, aparte de eliminar el riesgo de persecución y encarcelación, se disminuiría el estigma y aumentará el flujo de información, por lo

tanto, mejoraría el acceso a abortos seguros. Sin embargo, perciben que esto será un proceso lento, y que seguirán existiendo otras barreras de acceso; para ellas el caso de las Ciudad de México es paradigmático, ya que demuestra que aún en un contexto legal no todas las mujeres tienen acceso a estos servicios ^{6,8,9,10,27,42}.

Existen algunas diferencias entre cómo las entrevistadas consideraron la situación actual entre las tres regiones. Acompañantes en Chiapas mencionaron que, en este momento, no se criminaliza precipitadamente a las mujeres que abortan ni a los y las proveedores/as. Este contexto es completamente diferente al de Baja California, donde las entrevistadas refirieron que, al ser un estado conservador, hay mucha persecución y señalamiento tanto de las mujeres que abortan -incluyendo las que abortan espontáneamente ³⁴- como de proveedores.

En ambos estados mencionaron que acceder a una de las causales legales es demasiado complejo, de tal manera que las mujeres prefieren “abortar” el proceso institucional y optan por la autogestión.

“Era una chica de [una comunidad indígena lejana] y tenía que venir hacer el procedimiento de demanda... aunque sabemos que para acceder al aborto legal [en caso de una violación] no es necesario, en la jurisdicción si nos dijeron que tenía que denunciar, entonces decidió interrumpirlo por medicamento, y ya no aplicar causal legal” (Otilia – Chiapas).

Así, la criminalización del aborto es la limitante principal para el acceso a abortos clínicos en Chiapas y Baja California. Adicionalmente, el marco legal restrictivo impide el flujo de información sobre cómo acceder a un aborto seguro, mantiene la estigmatización e implica la posible encarcelación de mujeres que abortan a pesar de la ley, a su vez que la desinformación y estigmatización dificultan iniciativas para la despenalización del aborto. Es preocupante que también en esta investigación surge que la implementación y el acceso a las causales legales en los estados sigue siendo precaria ^{12,13,14}.

Fallos en la atención del aborto, incluso en las clínicas de interrupción legal de embarazo (en la Ciudad de México) y mala calidad de los servicios prestados -maltrato, objeción de conciencia y denuncia de los proveedores de salud

El aborto seguro es definido por la OMS como un procedimiento realizado con métodos recomendados, adaptados a la edad gestacional, por un proveedor capacitado ²⁹. Sin embargo, esta definición no considera otros aspectos de seguridad, como el bienestar social y emocional ⁴⁴. Aunque las clínicas de interrupción legal de embarazo y algunos proveedores privados, tanto en contextos legales como clandestinos, ofrecen servicios de aborto que técnicamente son seguros, no descarta que sean inseguros en otros aspectos ^{19,20,45}.

Participantes describieron que las mujeres acompañadas reportaron cómo ciertas características de las clínicas legales limitan el acceso a una interrupción legal de embarazo; los costos, horarios limitados, la falta de privacidad, lo “frío” de una clínica, y requisitos innecesarios (como ir acompañado de un adulto si no tienen 18 años).

“Sigue siendo un sistema precario en donde te tienes que formar a las cuatro de la mañana para que te den una pastilla con el riesgo de que no alcances tu turno” (Aurora – Ciudad de México).

También mencionaron casos de mujeres con embarazos en el segundo trimestre que no llegan dentro de los límites legales y se les niega el servicio, lo que coincide con el estudio de Saavedra-Avenida et al. ⁹. Además, mencionaron la ausencia de opciones en cuanto al método de la interrupción, ya que en las clínicas públicas depende de las semanas de gestación. Aunque no precisamente es una barrera de acceso, esta regla limita la libertad de decisión y significa una violación de los derechos de las mujeres ⁴⁶.

Varias entrevistadas mencionaron el maltrato como un problema real y actual en las clínicas legales, reflejado en estigmatización, pero también en la falta de calidad interpersonal por parte de los y las proveedores/as.

“El policía que dice que no hay fichas, o la orientadora que dice que no sirve el ultrasonido o ‘sí te vamos a dar el servicio, pero te hago sentir culpable’ y es una barrera porque las mujeres no quieren ir al servicio” (Ana – Ciudad de México).

Acompañantes de Chiapas y de Baja California comentaron sobre el apego a la objeción de conciencia, real, o por otras razones como miedo o desconocimiento, como obstáculo para el acceso a abortos seguros bajo las causales legales en sus estados, y, también, en el caso de una futura despenalización.

Entrevistadas en Baja California refirieron, además, al riesgo de criminalización por parte del personal sanitario como una barrera para quienes buscan atención médica postaborto oportuno. Como ya mencionamos, Baja California es uno de los estados con mayor número de mujeres encarceladas por aborto, la mayoría de ellas denunciadas por proveedores de salud ³⁴.

La legalización de la interrupción de embarazo en el primer trimestre en la Ciudad de México ha incrementado el acceso a abortos seguros ⁵, lo cual fue ampliamente reconocido por las entrevistadas. Al mismo tiempo, describieron varios factores relacionados con la normatividad, infraestructura, organización y proveedores de las clínicas legales que dificultan el acceso. Algunos ya han sido señalados previamente por otros autores ^{27,42,46}, otros (como el maltrato por parte de proveedores) ameritan mayor atención e investigación.

Grupos anti-derechos y sus estrategias

Si antes hemos hablado de cómo la falta de información y el estigma obstaculizan el acceso al aborto, encontramos que todos esos elementos son el sustento de grupos anti-derechos (autodenominados “Provida”) que son una barrera oscura, retorcida y amenazante, tanto para las mujeres que abortan como para los espacios (legales o no) donde se realizan abortos, y la cual fue un tema emergente.

En la Ciudad de México, los grupos anti-derechos son un estorbo (literal) con presencia física afuera de las clínicas, con la intención deliberada de impedir el acceso, tanto por medios concretos de intimidación, como por la difusión de desinformación y hasta con prácticas de engaño.

“Hay muchas clínicas falsas en las que muchas chicas terminan; también afuera de las clínicas muchos grupos Provida, o anti-derechos, como les decimos nosotras, agreden muchísimo a las chicas en sus procesos... las camionetas que están afuera, las meten y les obligan a escuchar un supuesto corazón de un producto que ni siquiera es suyo y un ultrasonido que ni siquiera es de ellas y les meten todo un discurso de que son asesinas” (Clementina – Ciudad de México).

En las tres regiones, pero especialmente en Baja California, las entrevistadas hicieron énfasis en cómo la presencia de grupos anti-derechos influye los pensamientos de las mismas mujeres y de la sociedad en general a nivel de discurso social y político, fomentando más estigma sobre el tema en la población general y coartando la difusión de información.

“El bombardeo de parte de la ultraderecha aquí en Baja California es muy fuerte, han metido mucha confusión en todas las mujeres, hasta que las mujeres prefieren que se quedan con un embarazo no deseado, porque se consideran a sí mismas asesinas” (Cinthya – Baja California).

En esta investigación resaltó el tipo de acciones que tienen los anti-derechos como un obstáculo de importancia para el acceso a abortos seguros. Aunque a nivel internacional el acoso a mujeres y proveedores es reconocido como una barrera importante para el acceso a servicios de aborto ³ existen pocas referencias a estas prácticas en el contexto mexicano ²⁴, y no ha sido investigados como otra barrera de acceso, por lo tanto, serían necesario más estudios al respecto.

Consideraciones finales

En este estudio identificamos, desde la perspectiva de acompañantes de abortos seguros, cuatro categorías de barreras para acceder a un aborto en clínicas públicas y privadas, legales o ilegales, como hilo de Ariadna, para llevar a las mujeres irremediamente por un laberinto que impide un acceso seguro, amable, confiable y respetuoso al aborto.

Encontramos evidencias sobre que la existencia de un programa ILE en un solo estado del país ha exacerbado desigualdades preexistentes, y que depende de las posibilidades económicas, logísticas y sociales de una mujer el acceder a un aborto en una clínica. Este acceso limitado está más obstaculizado a propósito por los grupos anti-derechos en el país, siendo un factor grave no debidamente evidenciado. Y, por último, detectamos varias características del programa ILE que dificultan el acceso. Es preocupante que, a pesar de que el aborto fue legalizado en la Ciudad de México hace 14 años, todavía hay mujeres en el país que no lo saben.

Dado el reciente fallo de la SCJN para despenalizar el aborto, y la legalización inminente en todo el país, consideramos aún más urgentes estudios sobre el (mal)trato en la atención y el efecto de las

estrategias de los grupos anti-derechos en el acceso a abortos clínicos. A su vez, sugerimos la realización de estudios que indaguen sobre las características y experiencias de las mujeres acompañadas, especialmente las que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Este estudio fue realizado únicamente en tres estados, sin embargo, son diversos en cuanto a contextos socioculturales, económicos, geográficos y políticos. Las entrevistadas son activistas feministas con conocimiento amplio sobre el tema y una confianza personal respecto al aborto fuera de contextos clínicos, lo cual pudo haber sesgado su identificación de barreras. Sin embargo, en los testimonios se puede apreciar que refieren directamente a (múltiples) casos de mujeres acompañadas.

Los resultados de esta investigación indican que sigue existiendo una profunda desigualdad de acceso a interrupciones clínicas en el país, debido a la existencia de un programa ILE en solo una entidad, con serias limitaciones del programa, que son subsanables y ameritan su debida atención por parte del Estado mexicano para mejorar el acceso a estas clínicas, y para prepararse ante una deseable y urgente despenalización del aborto en todo el país.

Colaboradores

S. Veldhuis participó en la elaboración del protocolo de investigación, análisis e interpretación de los resultados y redacción del manuscrito. G. Sánchez-Ramírez participó en la elaboración del protocolo de investigación, análisis e interpretación de los resultados, redacción y revisión del manuscrito. B. G. Darney participó en la elaboración del protocolo de investigación, análisis e interpretación de los resultados y revisión. Todas las autoras aprobaron la versión final del manuscrito.

Informaciones adicionales

ORCID: Suzanne Veldhuis (0000-0001-6253-9325); Georgina Sánchez-Ramírez (0000-0001-7916-5753); Blair G. Darney (0000-0001-8120-028X).

Referencias

1. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute; 2018.
2. Chemlal S, Russo G. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. *BMC Womens Health* 2019; 19:55.
3. Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015; 41:170-80.
4. Ipas México. Causales de aborto legal. <https://blog.ipasmexico.org/causales-de-aborto-legal/> (accedido el 09/Nov/2020).
5. Díaz Olavarrieta C, Bonifaz Alfonso L, Sanhueza-Smith P, Fajardo Dolci GE, Guevara-Guzmán R, Aburto-Arciniega MB, et al. Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: can we still remain an island of liberties? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; 62:63-78.
6. Jacobson LE, Saavedra-Avenida B, Fuentes-Rivera E, Schiavon R, Darney BG. Travelling for abortion services in Mexico 2016-2019: community-level contexts of Mexico City public abortion clients. *BMJ Sex Reprod Health* 2021; 48:e81-7.

7. Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander LT, Schiavon R. *Con la ley y sin la ley/With and without the law: utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000-2016*. Int J Gynecol Obstet 2020; 148:369-74.
8. Friedman J, Saavedra-Avendaño B, Schiavon R, Alexander L, Sanhuesa P, Rios-Polanco R, et al. Quantifying disparities in access to public-sector abortion based on legislative differences within the Mexico City Metropolitan Area. *Contraception* 2019; 99:160-4.
9. Saavedra-Avendaño B, Schiavon R, Sanhuesa P, Rios-Polanco R, Garcia-Martinez L, Darney BG. Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS One* 2018; 13:e0192547.
10. Clyde J, Bain J, Castagnaro K, Rueda M, Tatum C, Watson K. Evolving capacity and decision-making in practice: adolescents' access to legal abortion services in Mexico City. *Reprod Health Matters* 2013; 21:167-75.
11. Juárez F, Bankole A, Palma JL. Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *PLoS One* 2019; 14:e0226522.
12. Grupo de Información en Reproducción Elegida. *Violencia sin interrupción*. Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida; 2017.
13. Küng SA, Darney BG, Saavedra-Avendaño B, Lohr PA, Gil L. Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reprod Health* 2018; 15:107.
14. Alexander LT, Fuentes-Rivera E, Saavedra-Avendaño B, Schiavon R, Maldonado Rueda N, Hernández B, et al. Utilisation of second-trimester spontaneous and induced abortion services in public hospitals in Mexico, 2007-2015. *BMJ Sex Reprod Health* 2019; 45:283-9.
15. Contreras X, van Dijk MG, Sanchez T, Smith PS. Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: a qualitative study. *Stud Fam Plan* 2011; 42:183-90.
16. García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colect* 2013; 9:235-46.
17. Sánchez-Ramírez G, Veldhuis S. Opiniones y disposición de personal médico sobre el aborto en dos regiones de México. In: Sánchez-Ramírez G, Veldhuis S, editoras. *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur; 2021. p. 42-67.
18. Organización Mundial de la Salud. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2014.
19. Schiavon R, Collado ME, Troncoso E, Soto Sánchez JE, Zorrilla GO, Palermo T. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reprod Health Matters* 2010; 18:127-35.
20. Silveira P, McCallum C, Menezes G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00004815.
21. Goes EA. Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva. In: Barone MA, Barros B, editoras. *Sangrias*. Vitória: Pedregulho; 2019. p. 40-50.
22. Sousa A, Lozano R, Gakidou E. Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico. *Health Policy Plan* 2010; 25:300-10.
23. Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Diaz Olavarrieta C, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, Garcia S. Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women Health* 2014; 54:622-40.
24. Amuchástegui A, Flores E, Aldaz E. Disputa social y disputa subjetiva. Religión, género y discursos sociales en la legalización del aborto en México. *La Ventana* 2015; 41:153-95.
25. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juárez F, Omideyi AK, Palomino N, et al. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health* 2011; 6 Suppl 1:S111-25.
26. Küng SA, Saavedra-Avendaño B, Vélez EA, Piñeros MCM, Fawcett Metcalfe GM, Darney BG. Capturing compassion: a survey of Mexican Catholics assessing abortion support by reason for abortion and degree of Catholicism. *Contraception* 2018; 98:504-9.
27. Hernández-Rosete D, Estrada-Hipólito R. Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00046218.
28. Juárez F, Singh S. Incidence of induced abortion by age and state, Mexico, 2009: new estimates using a modified methodology. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2012; 38:58-67.
29. World Health Organization. *WHO recommendations on self-care interventions: self-management of medical abortion*. Geneva: World Health Organization; 2020.
30. Veldhuis S, Sánchez-Ramírez G, Darney BG. "Velamos por su seguridad": acompañantes de abortos seguros y seguridad de las acompañantes en México. In: Sánchez-Ramírez G, Veldhuis S, editoras. *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur; 2021. p. 116-50.
31. Lauterbach G. Aborto autônomo, feminista e acompanhado: redes feministas de acompanhamento às mulheres que abortam. *Praça* 2018; 2:4-27.
32. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Médeción de pobreza 2008-2018*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx (accedido el 22/Jul/2020).

33. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. IDH para las entidades federativas, México – 2015. Ciudad de México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015.
34. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México. Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida; 2018.
35. Handcock MS, Gile KJ. Comment: on the concept of snowball sampling. *Sociol Methodol* 2011; 41:367-71.
36. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Contus; 2002.
37. Sánchez-Ramírez G. De cómo occidente diluyó los conocimientos en salud de las mujeres. Repercusiones en el caso de México. *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia* 2010; 5:379-405.
38. Coast E, Norris AH, Moore AM, Freeman E. Trajectories of women's abortion-related care: a conceptual framework. *Soc Sci Med* 2018; 200:199-210.
39. Reyes Y, Keefe-Oates B, Garnsey C, Wollum A, Baum SE. Resumen ejecutivo – encuestas con acompañantes. León: Las Libres/Ibis Reproductive Health; 2018.
40. Veldhuis S, Sánchez-Ramírez G, Darney BG. 'Becoming the woman she wishes you to be': a qualitative study exploring the experiences of medication abortion acompañantes in three regions in Mexico. *Contraception* 2022; 106:39-44.
41. Secretaría de Salud. Requisitos para solicitar la interrupción legal del embarazo (ILE). <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/requisitos-interrupcion-legal-embarazo-df/> (accedido el 01/Jul/2020).
42. Becker D, Díaz-Olavarrieta C, Juárez C, García SG, Sanhueza P, Harper CC. Sociodemographic factors associated with obstacles to abortion care: findings from a survey of abortion patients in Mexico City. *Womens Health Issues* 2011; 21(3 Suppl):S16-20.
43. Marván ML, Orihuela-Cortés F, Del Río AA. Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00192717.
44. Sedgh G, Filippi V, Owolabi OO, Singh SD, Askew I, Bankole A, et al. Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 134:104-6.
45. Darney BG, Powell B, Andersen K, Baum SE, Blanchard K, Gerds C, et al. Quality of care and abortion: beyond safety. *BMJ Sex Reprod Health* 2018; 44:159-60.
46. Schiavon R, González de Leon D. Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura Demográfica* 2017; 11:45-51.

Abstract

The study aimed to identify the most frequent barriers in access to abortions in both clandestine and legal clinical contexts, from the perspective of accompanying persons, namely feminist activists who accompanied women that opted for voluntary abortions with medication. We performed 14 semi-structured interviews with accompanying persons in three regions of Mexico: Baja California and Chiapas, both of which are restrictive contexts, and Mexico City, where elective abortion is legal up to 12 weeks' gestational age. We identified four categories in which the social vulnerabilities of women who elect to undergo abortion intersect, namely lack of information, persistence of stigma, influence of the legal framework, and flaws in abortion care, including in clinics for legal termination of pregnancy (in Mexico City), and poor quality of the services provided, with verbal abuse, conscientious objection, and healthcare provider complaints, and finally the antichoice groups and their strategies. In the three regions, access to abortion clinics is still a privilege reserved for women with the necessary economic, logistic, and social resources for the procedure in these settings. The existence of a program for legal termination of pregnancy (Interrupción Legal de Embarazo) in only one entity reveals the existence of a legal and health inequality. The study's findings on accompanying persons for women undergoing abortions provide backing for the Mexican government to improve access to safe abortions for all women, especially now that the country's Supreme Court has decreed the procedure's decriminalization and its imminent nationwide legalization.

Abortion; Legal Abortion; Health Services Accessibility

Resumo

O objetivo dessa pesquisa era identificar as barreiras mais recorrentes no acesso a abortos em contextos medicalizados (clandestinos ou legais), desde o ponto de vista de acompanhantes, ativistas feministas que acompanham mulheres que optaram por abortos autogeridos com medicamentos. Realizamos 14 entrevistas semiestruturadas com acompanhantes em três regiões mexicanas; Baja California e Chiapas, ambas com legislações restritivas, e Cidade de México, onde o aborto voluntário é legal até 12 semanas de gestação. Identificamos quatro categorias nas quais se mesclam as vulnerabilidades sociais das mulheres que decidem abortar, a falta de informação, a persistência de estigma, e a influência do marco legal, as falhas no atendimento para o aborto, inclusive nas clínicas de interrupção legal de gravidez (na Cidade de México), e a baixa qualidade dos serviços prestados – maus tratos, objeção de consciência e denúncia contra os profissionais de saúde –, e, por último, os grupos antiaborto e suas estratégias. Nas três regiões, o acesso a abortos medicalizados continua sendo um privilégio reservado as mulheres que dispõem dos recursos econômicos, logísticos e sociais imprescindíveis para realizá-lo naqueles espaços. A presença de um programa de interrupção legal de gravidez (Interrupción Legal de Embarazo) em apenas uma entidade denota a existência de uma desigualdade jurídica e sanitária. Os resultados desse estudo sobre mulheres acompanhantes de abortos trazem elementos para que o Estado mexicano melhore o acesso a abortos seguros para todas as mulheres, sobre tudo agora que a Suprema Corte de Justiça do México decretou a descriminalização e que a legalização é iminente no país como um todo.

Aborto; Aborto Legal; Acesso aos Serviços de Saúde

Recibido el 17/May/2021
 Versión final presentada el 17/Nov/2021
 Aprobado el 27/Dic/2021