

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

“Sin este programa, las mujeres podrían perder la vida”: experiencias de mujeres migrantes con el Programa de Derivación para Abortos Seguros en Chiang Mai, Tailandia

Ellen Tousaw,^a Ra Khin La,^b Grady Arnott,^c Orawee Chinthakanan,^d Angel M. Foster^{e, f, g}

a 2016-2017 Becario, Cambridge Reproductive Health Consultants, Cambridge, MA, EE.UU.

b Coordinador, Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes, Chiang Mai, Tailandia

c 2014-2015 Becario, Cambridge Reproductive Health Consultants, Cambridge, MA, EE.UU.

d Instructor Clínico, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Ramathibodi, Mahidol University, Bangkok, Tailandia

e Cofundador y Director de Cambridge Reproductive Health Consultants, Cambridge, MA, EE.UU.

f Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ottawa, Ottawa, ON, Canadá. Correspondencia: angel.foster@uottawa.ca

g Científico Principal, Instituto de Salud de la Población, Universidad de Ottawa, Ottawa, ON, Canadá

Resumen *Para las mujeres desplazadas y migrantes en el norte de Tailandia, el acceso a los servicios de salud a menudo es limitado, el embarazo no deseado es común y el aborto inseguro es un principal contribuyente a las muertes y discapacidades maternas. A raíz de un proyecto piloto y una investigación de análisis situacional, en 2015 un equipo multinacional lanzó el Programa de Derivación para Abortos Seguros (SARP, por sus siglas en inglés) en Chiang Mai, Tailandia, con el fin de reducir las barreras sociolingüísticas y económicas, así como las de documentación y transporte, que enfrentan las mujeres de Birmania para acceder a servicios de aborto seguro y legal en Tailandia. Nuestro estudio cualitativo documentó las experiencias de mujeres con embarazos no deseados que accedieron al SARP, con el fin de informar el mejoramiento y la ampliación del programa. Realizamos 22 entrevistas a profundidad, en persona, y analizamos su contenido y temáticas utilizando técnicas deductivas e inductivas. Las mujeres fueron casi unánimemente positivas al relatar sus experiencias utilizando el SARP. Mencionaron como características indispensables: servicios gratuitos, personal programático amigable, acompañamiento a la unidad de salud e interpretación durante su visita, y seguridad de servicios. Circunstancias financieras y jurídicas influyeron en el acceso al programa. Las mujeres se enteraron del SARP por comentarios de terceros y en talleres comunitarios. Después de acceder al SARP y recibir apoyo, las mujeres pasaron a ser promotoras comunitarias de la salud reproductiva. Aparentemente, son justificados los esfuerzos por ampliar el programa y crear mayor conciencia sobre este tema en comunidades migrantes. Nuestros resultados indican que los programas de derivación para servicios de aborto seguro y legal pueden ser exitosos en entornos con grandes poblaciones de mujeres desplazadas y migrantes. Identificar las maneras de trabajar dentro de las restricciones jurídicas para ampliar el acceso a los servicios seguros, tiene el potencial de reducir los daños causados por el aborto inseguro, incluso en entornos humanitarios. [Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1392220](https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1392220)*

Palabras clave: aborto, salud reproductiva, migrantes, refugiados, Myanmar, investigación cualitativa

Introducción

La situación general, política y económica en Birmania* ha conducido al desplazamiento de millones de personas¹. Alrededor de 230 000 personas han sido desplazadas al interior del país y otras 100 000 viven en nueve campamentos de refugiados a lo largo de la frontera entre Tailandia y Birmania². La región del norte de Tailandia sirve de refugio a centenares de miles de migrantes, documentados y no documentados, provenientes de Birmania.³ Las necesidades de salud reproductiva no atendidas de las mujeres desplazadas y migrantes de Birmania, están bien documentadas⁴⁻¹⁰. Se calcula que la tasa de mortalidad en Birmania Oriental, afectada por conflictos, es de alrededor de 1000 muertes por cada 100 000 nacidos vivos¹¹. Esto significa una tasa cinco veces más alta que la tasa total de muertes en toda Birmania¹², y superior aún a la tasa de muertes en Tailandia: 20 por cada cien mil en Tailandia¹³. A pesar de los esfuerzos de una infinidad de organizaciones no gubernamentales, internacionales y nacionales,^{4, 5, 14} las mujeres desplazadas desde Birmania sufren mayores riesgos de violencia sexual y de embarazos no deseados, así como abortos en condiciones no seguras^{4, 10, 15-17}. El aborto es ilegal en Birmania, a menos que se trate de salvar la vida de la mujer, una excepción que se interpreta de manera muy limitada¹⁸. Un aborto no autorizado pone tanto a la mujer como a quien lo realiza en riesgo de cárcel, multas, o ambas¹⁷. En Tailandia el aborto es legal en un mayor número de circunstancias, por ejemplo, cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud física o mental de la mujer; o si es resultado de violación o incesto, o si sucede antes de que la mujer cumpla 15 años de edad o cuando el feto presenta anomalías¹⁹. De todos modos, sigue siendo difícil para las mujeres birmanas recibir atención para abortar en Tailandia, aun cuando el embarazo esté dentro de las categorías legalmente autorizadas. Los obstáculos al acceso se deben a falta de centros de salud y de proveedores de servicios de salud, quienes a veces no comprenden o malinterpretan la legislación tailandesa; y también a las diferencias lingüísticas entre pacientes y personal de salud, costos, limitaciones de viaje, y tabúes socioculturales.^{4, 10, 16, 19-22}

* Aunque la Junta Militar ha cambiado el nombre del país a Myanmar en 1989, hay una serie de grupos étnicos minoritarios que ponen en tela de juicio ese cambio. Por respeto a estos grupos, en este artículo empleamos Birmania en lugar del nombre oficial del país.

En vista de este cuadro general, un grupo multidisciplinario y multinacional emprendió, en 2012, un proyecto piloto de derivaciones para realizar abortos en condiciones seguras en Mae Sot, Tailandia²¹. Luego de varios años de colaboración, y con fondos provenientes de un donante anónimo y de una colectividad de mujeres de Nueva Zelanda, hubo investigadores, expertos en legislación y políticas, y médicos clínicos de Salud Reproductiva Ibis (Estados Unidos), de la Universidad de Ottawa, (Canadá) y de la Clínica Mae Tao (Tailandia) que elaboraron e implementaron el proyecto. Con base en un análisis sobre varios casos, llevado a cabo durante 18 meses, y gracias al empeño de los participantes, el proyecto piloto se dedicó a derivar a mujeres birmanas que cumplieran con los criterios de elegibilidad para un aborto legal, dirigiéndolas donde un especialista tailandés, calificado y autorizado. Durante el primer año del programa, las organizaciones de comunidades birmanas (OCB) que operan en las fronteras entre Birmania y Tailandia, pudieron derivar a 24 mujeres al hospital de Mae Sot, para que recibieran atención y pudieran abortar legalmente y en forma segura²¹. La investigación continuada sobre las mujeres que han recurrido a ese sistema demostró que este programa (que ha tenido repercusiones culturales) cubría unas exigencias muy urgentes, aunque quedan algunas áreas en las que todavía se puede mejorar²³.

El éxito del proyecto piloto nos hizo comprender que se pueden estudiar los parámetros legales en vigencia —que son complejos—, con el objeto de aumentar el acceso a un aborto legal y seguro para mujeres desplazadas y en zonas de conflicto; y que se justificaba el esfuerzo de llevar el proyecto a un nivel más alto²¹. En otoño de 2014, un grupo multinacional de Consultores en Salud Reproductiva de la Universidad de Cambridge, la Universidad de Ottawa, la Clínica Mae Tao y la Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes (ARHZ, por sus siglas en inglés) de Tailandia, llevaron a cabo una investigación analizando varios casos para poder valorar la factibilidad de un Programa de Derivación para Abortos Seguros (SARP) en Chiang Mai, Tailandia²². El presente trabajo ha incluido el estudio de documentos institucionales y entrevistas con los profesionales más importantes y los representantes de las OCB. Se conversó con mujeres desplazadas y migrantes, lo que ayudó a una mejor comprensión de la percepción del aborto por parte del público en general, y se pudo suscitar el interés en esta iniciativa. Los resultados

dan a entender que el proyecto SARP está en condiciones de satisfacer una necesidad muy importante para las mujeres que viven en la zona norte de Tailandia, y que tanto las OCB birmanas como los especialistas tailandeses están dispuestos a participar en el programa.

Con los resultados del proyecto piloto en Mae Sot; los del análisis de la investigación de Chiang Mai, la Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes (ARHZ) y una red de cinco OCBs que atienden a mujeres refugiadas y migrantes de Birmania, se inició la implementación del SARP en abril de 2015. Antes de inaugurarlo, los asesores de ARHZ participaron en un curso de tres días de duración que se centró en cuestiones legales y médicas relacionadas con el aborto tanto en Tailandia como en Birmania, y también sobre opciones de embarazo, asesoría, ejercicios para fomentar capacidades y la logística del SARP. Este curso también ofreció una oportunidad para que los asesores de la ARHZ conocieran a sus colegas involucrados en el proyecto piloto de Mae Sot. Especialistas tailandeses en aborto e investigadores de Estados Unidos ofrecieron asistencia técnica, seguimiento y evaluación. Además de proporcionar los documentos de derivación necesarios para que las mujeres puedan abortar en forma segura, el SARP también ofreció apoyo económico, incluyendo los costos del procedimiento mismo y los del viaje, servicios de interpretación y acompañamiento, según era necesario o solicitado.

Entre el 1 abril de 2015 y el 31 marzo de 2017, 81 mujeres provenientes de comunidades birmanas en el norte de Tailandia pudieron acceder al SARP. Eran mujeres con un promedio de 23 años (entre 15 y 29) tanto migrantes como refugiadas procedentes de varias comunidades de Birmania, y de varios grupos étnicos, lingüísticos y creencias religiosas. Cincuenta y dos mujeres (64%) fueron derivadas a cuidados y aborto seguro y legal, en un hospital público o en una clínica privada en Tailandia. Diecisiete mujeres (21%) se acercaron al SARP, pero no se les otorgó un documento de derivación o tratamiento abortivo porque no cumplían con los requisitos de elegibilidad de Tailandia. La mayor parte de estos rechazos ocurrió en los meses posteriores al lanzamiento del programa, y se debieron a una interpretación demasiado estrecha, por parte de un médico clínico, de la cuestión de salud mental: los asesores del SARP aprendieron mucho de estas primeras experiencias y se esforzaron en recomendar otros especialistas. Además, ocho mujeres (10%) no pudieron

someterse al aborto por falta de fondos en 2016; una vez obtenidos los fondos adicionales necesarios, se reinició el programa.

Por último, cuatro mujeres (5%) se acercaron al SARP y, estando embarazadas y luego de atender las opciones planteadas por los consejeros decidieron continuar con su embarazo; estas mujeres no fueron derivadas para el aborto. En este artículo presentamos los hallazgos de un estudio cualitativo sobre mujeres que recurrieron al programa SARP para comprender sus experiencias e identificar rutas para mejorar el programa.

Métodos

Entre diciembre de 2016 y mayo de 2017, se han realizado 22 entrevistas a profundidad, semiestructuradas y abiertas respecto a los resultados, con mujeres que deseaban recibir tratamiento para poder abortar con el SARP. Aprovechando la información brindada por las mujeres que habían recibido ayuda del programa, nos pusimos en contacto con RKL, una persona que habla inglés y birmano. Esta habló con algunas mujeres y las invitó a encontrarse con el grupo de investigación en un lugar y hora convenientes para todos. Se reunieron mujeres que habían sido derivadas para tener un aborto legal, y también otras que no habían podido abortar. Esto se hizo a propósito para tener varias opiniones. También, en forma adrede, reunimos mujeres de distintas edades y grupos étnicos y comunidades religiosas, con la intención de conseguir un mayor número de opiniones. Después de realizar 16 entrevistas, nos pareció que habíamos llegado a la saturación del tema²⁴, pero hicimos otras 6 entrevistas más para confirmar esta impresión, y luego dejamos de entrevistar a las demás participantes.

Nuestras orientaciones-guía en las entrevistas para esta evaluación se basaron en los resultados del proyecto piloto en Mae Sot, Tailandia, así como en el análisis e investigación sobre varios casos en Chiang Mai.²¹⁻²³ ET, una persona natural de Canadá, llevó a cabo todas las entrevistas con la ayuda de RKL, después de recibir un entrenamiento adecuado de parte de AMF, un antropólogo y médico estadounidense con vasta experiencia en la zona limítrofe entre los dos países. Luego de obtener consentimiento verbal de las participantes empezamos las entrevistas recabando información demográfica general. Luego se les pedía a las participantes que hablaran sobre sus propias situaciones: condiciones sexuales, anticonceptivos y embarazos, entrando en detalle sobre cada evento

relacionado con la salud reproductiva. Proseguimos averiguando las circunstancias que rodeaban la situación del embarazo no deseado y la experiencia de las participantes en cuanto a posibilidades de obtener asesoría de parte del SARP. A partir de allí, las entrevistas se encaminaron sobre dos vías diferentes: a las mujeres que fueron derivadas a cuidados abortivos se les preguntó cuáles eran sus impresiones respecto a la atención recibida, y a las que no fueron remitidas al mismo, se les preguntó sobre la continuación de su embarazo y el impacto de no haber podido abortar. Todas las entrevistas concluyeron con una conversación sobre cómo los servicios de salud reproductiva en general, y el SARP en particular, podían responder mejor a las exigencias de las mujeres migrantes y/o refugiadas en el norte de Tailandia.

Las entrevistas duraron una hora en promedio. Para agradecer a las participantes, les entregamos 300 *bahts* (moneda tailandesa) equivalente a 9 dólares que cubrirían todos los gastos relacionados con su participación, y les ofrecimos bebidas y bocadillos. Casi todas las participantes se negaron a que grabáramos sus entrevistas. ET tomó muchas notas durante y después de las mismas, y las resumió con RKL. después de concluir cada una. Luego presentó un memorándum oficial. Este memorándum ha permitido reflexionar no solo sobre la interacción participante-investigador-intérpre-

te, sino también sobre la importancia de llegar a la saturación del tema.

Nuestro plan de análisis incluía un proceso iterativo que se iniciaba con la recopilación de datos. Se analizaron las notas y memorandos detallados, y también las transcripciones de las pocas entrevistas grabadas, para recordar contenidos y temas, empleando códigos predeterminados, así como otros para definir otras categorías que iban surgiendo²⁵. ET desarrolló un registro de códigos bajo la supervisión de AMF. Se llevaron a cabo varias reuniones para poder orientar nuestra interpretación y resolver algunos desacuerdos.

La Junta Directiva de la ARHZ convocó un panel sobre éticas comunitarias para estudiar y aprobar el protocolo y asegurarse de que el proyecto cumplía con normas tanto nacionales como internacionales de investigación. En la parte de nuestras conclusiones presentamos asuntos clave que se discutieron en las entrevistas. Presentamos también citas que ET y RKL transcribieron textualmente en el momento de la entrevista. Hemos editado o encubierto la información que pueda identificar a las personas en particular, y hemos utilizado seudónimos a lo largo de todo ese trabajo. También hemos presentado varias viñetas narrativas (Figuras 1 y 2) para brindar una descripción detallada²⁶ de las experiencias vividas por las entrevistadas.

Figura 1: La historia de Soi Win

Soi Win es una mujer de 30 años, indocumentada, trabajadora migrante del Estado de Kayin, Birmania. En 2014 se mudó a Tailandia para trabajar; vivió durante un año en un campamento de refugiados cerca de la frontera entre Birmania y Tailandia y de allí se mudó a Chiang Mai. El año pasado, Soi Win tuvo un embarazo no deseado. Quería terminarlo porque su relación no era estable y no podía mantener un niño ella sola.

“Yo vivía con mi novio pero él no quería ni casarse ni quedarse conmigo, así que no tengo a nadie más que me ayude. ¿Cómo podré mantener a un niño sin padre? No tengo dinero... no tengo alimentos, y cada día me pregunto qué voy a poder comer. Le dije a mi compañero que estaba embarazada y contestó que él no asumía ninguna responsabilidad. Fue un momento muy difícil para mí”.

Soi Win se enteró del SARP gracias a otras mujeres migrantes de la comunidad. Se le ofrecieron opciones para el embarazo y el asesor del SARP la consideró elegible para ser derivada argumentando razones de salud mental. El aborto se hizo en una clínica privada de Chiang Mai. Como Soi Win no habla tailandés, estuvo agradecida al asesor del SARP quien la acompañó para servirle de intérprete. Le pareció que tanto los médicos como las enfermeras fueron muy amables y de gran ayuda.

Mirando hacia atrás, Soi Win siente, de vez en cuando, cierta tristeza por haber abortado, y por las circunstancias en las que quedó encinta, pero sabe que fue lo mejor para ella en ese momento. En general, su experiencia con el SARP ha sido muy positiva:

“Voy a compartir mi experiencia con otras mujeres. Lo más importante para mí es que no hay costos de tratamiento ni de transporte. Lo más positivo es que puedo ayudar a otras mujeres que tienen los mismos problemas”.

Resultados

Características de las participantes

Se entrevistó a 22 mujeres que recurrieron al SARP debido a embarazos no deseados. Diecisiete consiguieron realizarse abortos en condiciones legales y seguras, gracias al sistema de derivación; cinco de ellas no pudieron hacerlo. En el momento de la entrevista, las participantes tenían de 17 a 41 años, con un promedio de 29. Todas vivían en el norte de Tailandia (ver mapa, ²⁷), eran migrantes documentadas¹⁰ o sin documentos^{12*}. Habían estado viviendo en Tailandia durante un promedio de 7 años. Pertenecían a varios grupos étnicos, con diferentes niveles de educación y de experiencia laboral. En el momento de ser entrevistadas, entre las 22 habían tenido un total de 24 abortos y 17 tenían por lo menos un hijo.

Quince participantes habían usado por lo menos un método moderno anticonceptivo

en algún período de sus vidas; cuatro estaban usando un método anticonceptivo durante el mes en que quedaron embarazadas. En su primer contacto con el SARP, los embarazos de las participantes eran de entre 4 a 8 semanas de gestación con un promedio de 5 semanas aproximadamente, según los datos que ellas mismas ofrecieron sobre su última menstruación. De las 17 mujeres que fueron derivadas a cuidados abortivos por el programa, cuatro recibieron atención en un hospital público y 13, en una clínica privada de Chiang Mai. Cuatro obtuvieron medicación abortiva con Misoprostol y 13 tuvieron abortos por aspiración. De las cinco mujeres que no pudieron abortar con este programa, dos siguieron adelante con el embarazo y tres lo terminaron usando otros métodos. Esos métodos incluyen masaje abdominal / golpes, medicinas tradicionales birmanas (p.ej. *kay thi pan*) y alcohol.

Figura 2: La historia de Lu Shi Ya

Lu Shi Ya tiene 40 años y es madre de tres hijos, de 19, 18 y 11 años. Se mudó a Tailandia hace 19 años y desde entonces ha vivido en Mae Hong Son y Chiang Mai. Es trabajadora de construcción y ha estado casada casi 20 años. Su marido era alcohólico, y también abusador física, verbal y emocionalmente.

A los 39 años Lu Shi Ya afrontaba un embarazo no deseado y se acercó al SARP para pedir ayuda. Explicó las circunstancias de su embarazo.

“Teníamos muchos problemas. En ese momento yo había cambiado de empleo y mi marido no tenía trabajo. No tenía dinero, y no me ayudaba en nada. Mis tres hijos asistían a la escuela y yo tenía que pagar por los tres. Mi marido bebía mucho alcohol. Me gritaba, me golpeaba. En una de esas me atacó con un cuchillo. Él está loco. En ese momento abandoné el hogar para ir a vivir a [un centro de acogida de una OCB]. Estaba embarazada, así que hablé de la situación con [un asesor del SARP]. Me aconsejó sobre un aborto y también sobre cómo tratar con mi marido.”

Lu Shi Ya está agradecida con el SARP porque el programa no solo la ayudó a realizarse el aborto, sino también a afrontar los otros problemas que tenía.

“Los consejos son muy buenos. Cuando lo pienso, me parece haber vivido un sueño. Tenía tantos problemas, y no sabía qué hacer. Si no hubiese tenido esta ayuda habría muerto. Me alegré mucho de recibir ayuda para resolver mis problemas paso a paso. Vine al SARP y recibí buen consejo. No solo eso, sino que conseguí mantenerme lejos de mi marido.”

En última instancia, el apoyo que se le brindó la ayudó a recuperar cierto control sobre su situación doméstica y a divorciarse.

Las experiencias de las mujeres con el SARP fueron abrumadoramente positivas

“El programa es bueno, yo tuve una buena experiencia... El proyecto es bueno para gente que no

tiene documentos o no puede cubrir el costo de ir a la clínica. Espero que en el futuro el programa siga adelante... Otras mujeres migrantes que hacen trabajos [en condiciones de explotación o inseguridad] o no tienen documentos, no pueden ir solas a bus-

* Aunque todas las entrevistas eran migrantes en el momento de la entrevista, estas categorizaciones son algo fluidas. En efecto, en algún momento, varias habían vivido en campamentos de refugiados en Tailandia.

car ayuda en casos de embarazos no deseados... Sin este programa, las mujeres podrían perder la vida.” (Ra Mi La, 31 años)

Todas las participantes en nuestro estudio, tanto las que pudieron abortar como las que no lo consiguieron, se expresaron muy positivamente respecto a sus experiencias con el SARP. Tal como narra la historia de Soi Win (Figura 1), las mujeres que pudieron realizarse el aborto hicieron hincapié en cómo evitar las consecuencias negativas de abortar en condiciones de poca seguridad, o de seguir adelante con un embarazo indeseado y dar a luz un niño (u otro niño más), lo que hubiera significado tener consecuencias negativas tanto para ellas como para sus familias. Las participantes describieron a los asesores del SARP como personas comprensivas, de mente abierta, amables; asimismo, manifestaron su aprecio por los consejos recibidos. El hecho de poder recibir información y apoyo, sin prejuicios, de alguien de la comunidad que entienda la lucha diaria de las mujeres, también resultó muy reconfortante. Es lo que, resumidamente, manifestó Phyu, de 27 años:

“Yo quedé muy satisfecha con los consejos. Ella [la asesora del SARP] es muy amable, y me hizo sentir como si estuviera hablando con mi madre”.

La mayor parte de las mujeres analizó su condición de pobreza endémica, inseguridad en el trabajo, relaciones inestables y abusivas, y/o las necesidades de los niños que ya tenían, como razón para querer abortar. Dada su inseguridad económica en esas condiciones, se sentían especialmente agradecidas al SARP por cubrir los costos tanto del procedimiento como del transporte. Tal como lo expresó Chaw Su Da, de 31 años:

“En ese momento yo no tenía nada de dinero para el transporte, ni siquiera 10 baht (0.30 USD). Me sorprendió que... todo estuviera pagado. Me alegré mucho porque realmente no tengo dinero para nada. Trabajo, pero no puedo cobrar porque tengo muchas deudas... Este proyecto es muy eficaz para ayudar a las mujeres migrantes. Son muy pobres, de modo que este programa las puede ayudar [a realizar el aborto que necesitan]”.

Las mujeres migrantes indocumentadas mencionaron, en particular, que sin el SARP no habrían podido realizarse un aborto seguro, debido a las consecuencias tanto legales como económicas de buscar y obtener esta atención. Como dijo Ra Mi La:

“Yo vine a Tailandia para juntar dinero y enviarlo a mis padres, pero [después de llegar] tuve que afron-

tar una serie de problemas. Tengo que mudarme de un lado a otro, y me siento desesperada... mi jefe no es muy bueno y a veces no tengo dinero, de modo que tengo que buscar otro trabajo. No tengo documentos, y me preocupa quedarme embarazada... ¿Cómo voy a poder ir a la clínica? En todos los hospitales me piden documentos, pero yo no tengo... Por eso no quería tener un niño. Nunca sé cuándo es que mi jefe me va a despedir. Estoy muy preocupada. Si tuviera un niño, sé que no podría ocuparme de él”.

Para muchas mujeres de Birmania, el sistema de salud tailandés es confuso y no intuitivo, y las dinámicas de las diferencias culturales y lingüísticas se suman al problema. El hecho de que los asesores del SARP las acompañaran durante el proceso y las ayudaran en las diversas fases les resultó crucial. Así lo explica Su Su Aung, de 33 años:

“Antes, yo creía que esto era imposible, que todos los gastos fueran cubiertos y que me ayudaran con un traductor. No podía creer que me ayudaran en todo”.

La mayor parte de las mujeres también declararon que sus experiencias en los hospitales o clínicas donde se les atendió fueron positivas, y ninguna dijo que se las había reprendido cuando recibían el tratamiento. Sin embargo, tres participantes describieron a sus médicos abortistas como personas bruscas que hacían todo a gran velocidad, lo que las hizo sentirse muy incómodas. Finalmente, una mujer explicó que, en una ocasión anterior, en uno de los hospitales que colaboran con el SARP se le había negado el aborto. Dijo que luego de muchos y muy penosos exámenes, y de reunir muchos documentos, se le dijo que no era elegible, lo que le resultó mortificante y la desalentó. Sin embargo, otro médico especialista, en otro hospital, sí la consideró elegible para el aborto legal y seguro y, a fin de cuentas, ella quedó muy satisfecha del cuidado recibido.

En 2016 la financiación del programa sufrió una interrupción, y por ello ocho mujeres que habían solicitado tratamiento para abortar con el SARP no pudieron obtenerlo. Conversando con cinco de ellas supimos que, aunque no pudieron recibir tratamiento legal y seguro, estaban agradecidas por los consejos y palabras de aliento que habían recibido en el programa. Tal como decía Su Khjin Kyaw, de 26 años:

“Los consejos de la ARHZ son buenos. [La] organización nos da opciones [y] nuevas esperanzas a mujeres que ya no tenemos ninguna.”

Las mujeres se enteraron del SARP por conversaciones y en talleres comunitarios

“Otras mujeres en Hang Dong me dijeron que hay una mujer que ayuda a las mujeres migrantes” (Soi Win, 30 años)

Las participantes confían, primero que nada, en sus redes sociales para información y consejo. Más de la mitad de las entrevistadas se enteraron del SARP a través de conversaciones con amigas o parientes que habían oído hablar del programa o habían recurrido a él, o de parte de algún asesor del SARP en el contexto de actividades religiosas o comunitarias. Como decía Chaw Su Da:

“Al principio yo no sabía dónde ir para pedir ayuda. Pero expliqué lo que sentía a [un miembro del personal de una OCB] quien me habló del programa de derivación. [Ella] es una persona muy cercana a las mujeres migrantes. Al principio yo no era muy amiga de ella, pero sí la conocía a través de mis amigas de la comunidad. Hoy me siento muy cercana a [ella].”

Durante las entrevistas, algunas participantes también hablaron de las experiencias de otras mujeres migrantes y desplazadas, con embarazos indeseados o que habían tenido abortos no seguros. Na Bo, de 39 años, dijo:

“Había escuchado muchas cosas que les suceden a las mujeres migrantes. Usan métodos nada seguros, como la medicina tradicional... Oí hablar de una chica de sólo 14 o 15 años. Quedó embarazada y no le dijo a nadie. Se suicidó. No quiero volver a saber más de esas cosas en el futuro. Me preocupa mucho.”

Los asesores del SARP han hecho muchos esfuerzos de toma de conciencia para educar a las mujeres de Birmania sobre el programa. El personal viaja regularmente a las comunidades de migrantes y refugiados para impartir talleres sobre salud reproductiva, aborto seguro y el programa de derivación. EN 2016, por ejemplo, los asesores brindaron capacitación en seis zonas distintas. Ocho de las 22 mujeres con las que conversamos se enteraron del SARP durante uno de esos talleres.

Las mujeres reciben el apoyo del SARP sobre varios asuntos sociales y de salud

“Aquí las mujeres se sienten infelices todo el tiempo, lloran porque la vida de una mujer, aquí, es muy difícil. Así que gracias, no hay otra organización que nos ayude como ustedes.” (Na May, 30 años)

Para las mujeres birmanas que viven solas en la zona fronteriza, un embarazo accidental es a menudo solo uno de los muchos otros problemas y dificultades que tienen que afrontar. Además de los factores que las llevaron a ser desplazadas o a migrar, también mencionaron cuestiones como falta de documentos, barreras lingüísticas, inseguridad en el trabajo, sueldos bajos, relaciones inestables, violaciones, abuso doméstico y discriminación, entre otros muchos problemas. Tal como decía Lu Shi Ya en su historia (Figura 2), los asesores del SARP con frecuencia les ayudaban a solucionar una serie de problemas relacionados con un embarazo no deseado. Como dijo Myar Neh, 32 años:

“Cuando quedé embarazada me puse en contacto con [la asesora del SARP] porque sabía que podía resolver mi problema. ¡También tenía una ETS en ese momento, así que ella me ayudó con mis dos problemas!”

Como personas respetadas en la comunidad, los asesores del SARP están familiarizados con las complejidades de la vida de las mujeres migrantes o desplazadas, y les ofrecen consejo sin prejuicios y de manera cabal. Estos asesores del SARP, que frecuentemente trabajan junto con las OCB, han ayudado a las participantes a encontrar empleo, les han aconsejado respecto a sus relaciones y las han guiado en sus decisiones sobre anticoncepción y salud sexual. Además, después de ponerse en contacto con el SARP a causa de un embarazo no deseado, muchas mujeres estaban viviendo, temporalmente, en una OCB, por problemas económicos y familiares. Por lo tanto, para algunas de ellas, el SARP fue un punto de entrada para recibir una gama de servicios más amplia. Como decía Ra Mi La:

“Para mí, la ayuda más importante fue [del personal del SARP]. Antes, cuando algo me sucedía o si necesitaba ayuda para resolver un problema, no sabía qué hacer. Ahora puedo ponerme en contacto con ellos.”

Después de recurrir al SARP, las mujeres se convierten en promotoras del aborto seguro y de la salud reproductiva.

“Debemos abogar por las mujeres que no saben [de salud reproductiva]. Mujeres como yo tenemos que contarles nuestra experiencia a las otras. Debemos decirles que vayan a los talleres... No solo el proyecto y el personal, sino nosotras, las mujeres, tenemos que hacer esto en nuestras comunidades. Ahora yo puedo compartir lo que sé con otras personas.” (Ma Wai, 23 años)

Luego de recibir asesoría y cuidados a través del SARP, casi todas las participantes en este estudio se auto-definieron como promotoras de la salud reproductiva y el aborto seguro en sus comunidades. Sus experiencias personales con el programa, y el conocimiento adquirido durante el proceso, las motivaba y empoderaba para compartir sus experiencias con otras mujeres de la comunidad. Como decía Myar Neh:

“Tengo la experiencia de este programa de derivación, por eso no tengo miedo de explicarlo a otras... Puedo explicar tanto, ahora, tantas cosas, y todo está bien, de modo que puedo recomendarlas.”

Las mujeres que entrevistamos se preocupaban de que, en sus comunidades, el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, en general, y de aborto seguro, en particular, era mínimo. Como explicaba Na Bo:

“Los consejos [a través del SARP] son buenos, pero en el futuro, para mejorar, hay que enseñar en otros lugares. He oído decir que hay muchas jóvenes migrantes que viven juntas, lejos de Chiang Mai. Es importante que [ellas] reciban capacitación. Muchas jóvenes migrantes quedan embarazadas y realizan el aborto ellas mismas. Tenemos que hablarles, a las que están en esas aldeas lejanas, sobre este servicio, porque no saben cómo protegerse”.

Todas las mujeres con quienes conversamos pusieron énfasis en la necesidad de fomentar conocimientos sobre salud reproductiva y aborto seguro entre las mujeres migrantes y refugiadas de Birmania. La inmensa mayoría de participantes declararon que se podrían mejorar los modos de hacer conocer el programa SARP; dijeron que se podrían organizar talleres regulares y continuos sobre salud reproductiva y aborto seguro, ya que cada vez hay más mujeres en las comunidades de migrantes. Muchas mencionaron también la necesidad de campañas para concientizar a las jóvenes, sobre todo, para que las que ya estaban embarazadas involuntariamente pudieran tener un aborto seguro y seguir yendo a la escuela. Muchas participantes también querían talleres en lugares remotos, de difícil acceso en el norte de Tailandia, donde las mujeres tienen muchas dificultades para acceder a información sobre salud y cuidados reproductivos. Finalmente, manifestaron la esperanza de que, en el futuro, programas semejantes al SARP pudieran implementarse también en Birmania. Como dijo Su Su Aung, resumiendo:

“Este proyecto es bueno, pero es necesario divulgarlo en otros lugares, especialmente en Birmania. Allá,

se conoce muy poco sobre salud reproductiva. Nadie tiene esta clase de organización en Birmania.”

Discusión

El aborto inseguro sigue siendo el principal motivo de mortalidad y morbilidad maternal en todo el mundo²⁸; casi el 65% de todos los abortos en Asia del Sur son abortos inseguros²⁹. Se ha llevado a cabo una multitud de esfuerzos, en algunas partes de la región donde las limitaciones jurídicas son muy rígidas, para extender el acceso a servicios seguros, o más seguros, incluyendo abogar por una reforma legal, programas de telemedicina e iniciativas dirigidas a reducir los daños.^{19,30-33} Sin embargo, se ha hecho mucho menos para aumentar el acceso a condiciones de aborto seguro en entornos de refugiados, crisis, conflictos o emergencias³⁴. A pesar de que el aborto inseguro es probablemente el factor que causa más muertes maternas entre las mujeres que viven en condiciones de crisis humanitarias, también han existido barreras políticas, institucionales, de financiamiento y logísticas que han hecho difícil atender a este sector de la salud reproductiva.³⁴⁻³⁶ En efecto, un estudio de 2015 sobre 82 agencias que brindan servicios en contextos de crisis humanitarias señala que solo 65% de ellas realizaban actividades relacionadas con recomendaciones para servicios de aborto inducido o de post parto³⁵.

Las conclusiones de este proyecto sugieren que sí se puede elaborar un programa oficial de derivación para abortos, aunque existan situaciones de restricción jurídica y de crisis humanitarias prolongadas. El programa sigue implementándose, pero los primeros resultados demuestran que el SARP es eficaz en vincular a mujeres migrantes y desplazadas en el norte de Tailandia con servicios legalmente autorizados para poder abortar. En efecto, la reacción abrumadoramente positiva al programa de parte de las mujeres de las comunidades indica que el SARP no solo responde a una urgencia inmediata, sino que lo hace en maneras que son apropiadas y resonantes con el contexto cultural del lugar.

La experiencia de las mujeres que han recurrido al SARP también pone en evidencia que el programa no se limita a derivar solo para atención de aborto. Hay una confluencia de factores sociales, comunitarios, de relación e individuales que influyen tanto en el riesgo de un embarazo no deseado como en la opción que tiene la mujer de tener un aborto. Los asesores del SARP recono-

cen que se trata de dinámicas muy complejas, de tal modo que, además de ayudar a las mujeres a manejarse dentro del sistema de salud tailandés para obtener un aborto legal, les brindan apoyo para solucionar una serie de asuntos estructurales y familiares que influyen sobre su salud reproductiva. Esto demuestra la importancia de tratar los cuidados integrados para el aborto dentro de programas más amplios de salud reproductiva y servicio social, por ser un componente tan importante de la salud y la vida de las mujeres, en vez de considerar el tema de manera totalmente aislada. Ese compromiso con el SARP ha motivado a muchas de las mujeres que hemos entrevistado a hacerse reconocer y expresar su opinión dentro de las comunidades, no solo a favor del aborto seguro y los cuidados pertinentes, sino también en cuanto a la salud reproductiva, en su más amplio significado. Todo esto da testimonio de la importancia de (re)integrar el aborto dentro de programas y marcos legales de planificación familiar, salud reproductiva y derechos reproductivos.

Los resultados de este programa también indican áreas que quedan por mejorar. Las mujeres que recibieron atención gracias al SARP apoyan con entusiasmo la idea de llevar esta iniciativa a otras poblaciones y zonas geográficas. Recalaron varias veces la importancia de adaptar las sesiones de información y los talleres a las mujeres solteras, sobre todo. Trabajar formalmente con las que ya han sido beneficiarias del programa quizá sea la manera más eficaz de ampliar su alcance. Sin embargo, para ello se necesitarán más recursos. El hecho de que ocho mujeres no pudieran recibir tratamiento para abortar durante 2016, porque no había fondos, y que por lo menos tres de ellas se sometieran a un aborto poco seguro, constituye una seria advertencia para tener en cuenta que la interrupción del apoyo financiero de parte de los donantes puede tener consecuencias muy graves en estas situaciones, por muy breves que sean esas interrupciones.

Limitaciones

A pesar de que creemos que la validez de las conclusiones de este estudio puede trascender los límites inmediatos de la población objetivo del mismo, se trata de un estudio cualitativo y sus resultados no son representativos ni pueden ser generalizados. Además, por razones vinculadas con la logística y la seguridad, hemos entrevistado a

mujeres que vivían permanentemente, o podían viajar, hacia y dentro del norte de Tailandia. Por eso, las opiniones de mujeres que volvieron a Birmania después de acceder al SARP y no pudieron regresar otra vez a Tailandia, no se incluyen en este estudio. Una investigación ulterior quizá pueda considerar los puntos de vista de mujeres que viven en ambos lados de la frontera. Además, la investigación que explora específicamente las experiencias de mujeres a quienes se les negó una derivación para aborto seguro por cuestiones de elegibilidad podría ser muy útil. Para concluir, y como sucede en general con cualquier investigación cualitativa, el hecho de tener a los miembros del grupo investigador en el terreno influyó sin duda alguna en la interacción entre entrevistada-entrevistador-intérprete. Creemos que los memorándums y continuas reuniones después de las entrevistas ayudaron mucho a comprender esas interrelaciones, y aumentan la credibilidad y confiabilidad del presente estudio.

Conclusión

En todos los países del mundo, menos seis, el aborto está legalmente autorizado por lo menos en ciertos casos³⁷. El SARP de Chiang Mai, Tailandia, demuestra que es posible trabajar en condiciones legalmente restringidas y ofrecer un acceso a servicios seguros aun en entornos de crisis humanitarias. Se justifica trabajar con los interesados humanitarios para identificar modos y medios de asegurar cuidados de aborto con pleno respeto de la ley y para crear sistemas de derivación que permitan a las mujeres elegibles recibir servicios de aborto seguros y legales. Las lecciones aprendidas con este proyecto en términos de elaboración, implementación, resultados y evaluación podrían facilitar dichos esfuerzos.

Reconocimientos

Desearnos agradecer a Dingo por su ayuda en la transcripción y traducción, y al personal de ARHZ por su apoyo logístico durante este estudio, así como por sus incansables esfuerzos para dirigir el Programa de Derivación para Abortos Seguros de Chiang Mai. Las conclusiones y opiniones expresadas en este artículo son de los autores y no necesariamente representan las opiniones de las organizaciones con las que están afiliados, o con las que aportaron fondos.

Financiación

Hemos recibido fondos de parte de la Sociedad para la Planificación Familiar, de un donante anónimo, y de 59 individuos a través de Experiment.com. El Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de Ontario financió la Cátedra Subvencionada 2011-2016 de Angel Foster para la Investigación en Salud

Femenina, y apreciamos el apoyo y tiempo que nos ha dedicado para hacer posible este proyecto.

ORCID

Orawee Chinthakanan <http://orcid.org/0000-0002-2187-9179>

Angel M. Foster <http://orcid.org/0000-0001-8848-203X>

Referencias

1. Amnesty International. Amnesty international report 2015/16: the state of the world's human rights; Published 2016. Available from: <https://www.amnesty.org/en/latest/research/2016/02/annual-report-201516/>
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Refugees in Thailand; Published 2017. Available from: <https://www.unhcr.or.th/en>
3. Thailand Burma Border Consortium. 2010 Programme report: July to December; Published 2011. Available from: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/6B57EE621569F9A249257848001193FA-Full_Report.pdf
4. Hobstetter M, Walsh M, Leigh J, et al. Separated by borders, united in need: an assessment of reproductive health on the Thailand–Burma border. Cambridge (MA): Ibis Reproductive Health; 2012. Available from: <http://ibisreproductivehealth.org/work/other/thaiburmaborder.cfm>
5. Mullany LC, Lee C, Yone L, et al. Access to essential maternal health interventions and human rights violations among vulnerable communities in eastern Burma. *PLoS Med.* 2008;5(12):e242.
6. Salisbury P, Hall L, Kulkus S, et al. Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand–Myanmar border: a mixed methods study. *Reprod H.* 2016;13(94). doi:10.1186/s12978-016-0212-2.
7. Hobstetter M, Walsh M, Leigh J, et al. “In rape cases we can use this pill”: a multimethods assessment of emergency contraception knowledge, access, and needs on the Thailand–Burma border. *IJOG.* 2015;130:E37–E41.
8. Gedeon J, Hsue S, Walsh M, et al. Assessing the experiences of intra-uterine device users in a long-term conflict setting: a qualitative study on the Thailand–Burma border. *Confl Health.* 2015;9(6):1–7.
9. Gedeon J, Hkum J, Walsh M, et al. Snakes, ladders, and information about sexually transmitted infections: evaluation of a peer educator training on the Thailand–Burma border. *Global J Health Sci.* 2016;8(11):270–277.
10. Belton S, Whittaker A. Kathy Pan, sticks and pummeling: techniques used to induce abortion by Burmese women on the Thai border. *Soc Sci Med.* 2007;65(7):1512–23. E Tousaw et al. *Reproductive Health Matters* 2017;25(51):58–68
11. Back Pack Health Worker Team. Chronic emergency: health and human rights in Eastern Burma; Published 2006. Available from: <http://burmalibrary.org/docs3/ChronicEmergencyE-ocr.pdf>
12. World Health Organization. Maternal mortality in 1995–2015 (Myanmar). Available from: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/mmr.pdf
13. World Health Organization. Maternal mortality in 1995–2015 (Thailand). Available from: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tha.pdf
14. Srikanok S, Parker D, Parker A, et al. Empirical lessons regarding contraception in a protracted refugee setting: a descriptive study from Maela camp on the Thai–Myanmar border 1996–2015. *PLoS ONE.* 2017;12(2):e0172007.
15. Beyrer C. Shan women and girls and the sex industry in Southeast Asia: political causes and human rights implications. *Soc Sci Med.* 2001;53(4):543–50.
16. Belton S. Borders of fertility: unplanned pregnancy and unsafe abortion in Burmese women migrating to Thailand. *Health Care Women Int.* 2007;28(4):419–33.
17. Ba Thike K. Abortion: a public health problem in Myanmar. *Reprod Health Matter.* 1997;5(9):94–100.
18. Global Justice Center. Domestic criminal laws that conflict with international law: Burma's abortion and rape laws – a case study; Published 2012. Available from: <http://globaljusticecenter.net/documents/CaseStudy.pdf>
19. Arnott G, Sheehy G, Chinthakanan O, et al. Exploring legal restrictions, regulatory reform, and geographic disparities in abortion access in Thailand. *Health Hum Rights J.* 2017;19(1):187–95.
20. Gedeon J, Hsue S, Foster A. “I came by the bicycle so we can avoid the police”: factors shaping reproductive health decision-making on the Thailand–Burma border. *Int J Popul Stud.* 2016;2(1). doi:10.18063/IJPS.2016.01.002.
21. Foster A, Arnott G, Hobstetter M, et al. Establishing a referral system for safe and legal abortion care: a pilot project on the Thailand–Burma border. *Int Pers Sexual Reprod Health.* 2016;42(3):151–6.
22. Arnott G, La RK, Tho E, et al. Establishing a safe abortion referral system for women from Burma residing in Chiang Mai, Thailand: results from a situational analysis approach.

- Cambridge (MA): Cambridge Reproductive Health Consultants; 2015. Available from: <http://www.cambridgereproductivehealthconsultants.org/copy-of-projects>
23. Arnott G, Tho E, Guroong N, et al. To be, or not to be, referred: access to legal abortion care in Thailand for women from Burma. *PLoS ONE*. 2017;12: e0179365.
 24. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59–82.
 25. Denzin NK, Lincoln Y, editors. *The sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005.
 26. Geertz C. *The interpretation of cultures: selected essays by Clifford Geertz*. New York (NY): Basic Books; 1973.
 27. Burma Link. Burma link newsletter: special refugee issue. Burma Link; Published 2015. Available from: <http://us11.campaign-archive1.com/?u=fa0faad0c4b732da2a-03d4218&id=7688c64b63>
 28. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th ed. Geneva (Switzerland): WHO; 2011.
 29. Guttmacher Institute. *In brief: facts on abortion in Asia*. Published 2012. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Asia.pdf
 30. Gomperts R, Jelinska K, Davies S, et al. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2008;115(9):1171–8.
 31. Asia Safe Abortion Partnership Annual Report 2014. ASAP; Published 2014. Available from: <http://asap-asia.org/pdf/ASAP-AR-2014-Final.pdf>
 32. Foster AM, Arnott G, Hobstetter M. Community-based distribution of misoprostol for early abortion: evaluation of a program along the Thailand–Burma border. *Contraception*. 2017;96(4):241–247.
 33. Tousaw E, Moo N, Arnott G, Foster AM. “It is just like having a period with back pain”: Exploring women’s experiences with community-based distribution of misoprostol for early abortion on the Thailand–Burma border. *Contraception*; 2017 [3 August]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.015>.
 34. McGinn T, Casey S. Why don’t humanitarian organizations provide safe abortion services? *Confl Health*. 2016;10(8):1–7.
 35. Tran N, Dawson A, Meyers J, et al. Developing institutional capacity for reproductive health in humanitarian settings: a descriptive study. *PLoS ONE*; 10(9):e0137412.
 36. Tanabe M, Schaus K, Rastogi S, et al. Tracking humanitarian funding for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002–2013. *Confl Health*. 2015;9(Suppl 1):S2.
 37. United Nations. Department of economic and social affairs, population division. *Abortion policies and reproductive health around the world*, United Nations; Published 2014. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/abortionPoliciesAndReproductiveHealth.shtml>.