

Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: el caso de Argentina

Silvina Ramos^a, Mariana Romero^b, Lila Aizenberg^c

- a Investigadora Principal, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: silvinaramoscoiris@gmail.com
- b Investigadora Principal, CEDES, y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Buenos Aires, Argentina
- c Investigadora externa, CEDES, Buenos Aires, Argentina

Resumen

Este artículo presenta los hallazgos de un estudio cualitativo que explora las experiencias de las mujeres que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en Argentina, con el uso de misoprostol para inducir un aborto. Les preguntamos a las mujeres acerca de una variedad de decisiones que tuvieron que tomar, sus emociones, la experiencia física, las estrategias que necesitan utilizar, tal como buscar consejos sobre servicios de salud y para lidiar con un aborto con medicamentos clandestino, así como sobre su evaluación general de la experiencia. Se utilizó un programa para entrevistas a profundidad. Las mujeres habían usado misoprostol y buscado consejería o atención en un hospital público (n=24), o habían usado misoprostol basándose en los consejos de una línea local de atención telefónica, información del internet o de otras mujeres (n=21). Se identificaron cuatro etapas en las experiencias de las mujeres: cómo tomaron la decisión de interrumpir el embarazo, cómo obtuvieron el medicamento, cómo usaron las tabletas, y sus reflexiones sobre el resultado independientemente de que hayan o no hayan buscado consejos médicos. La seguridad y privacidad fueron clave para decidir usar el método de aborto con medicamentos. El acceso al medicamento fue el principal obstáculo, que requirió una receta o una farmacia con personal amigable. La información correcta sobre el número de tabletas a usar y los intervalos de dosis fue la manera menos fácil de obtener y causó inquietudes. La posibilidad de escoger un momento de privacidad y estar acompañada de una persona cercana se destacó como una ventaja única del aborto con medicamentos. Es imperativo reduplicar los esfuerzos por mejorar la ley, política y prestación de servicios referentes al aborto en Argentina a fin de asegurar las mejores condiciones posibles para el uso del aborto con medicamentos por parte de las mujeres. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras Clave: legislación y políticas sobre el aborto, aborto con medicamentos, perspectivas de las mujeres, misoprostol, línea de atención telefónica sobre el aborto, Argentina

El aborto inseguro y la mortalidad relacionada con el mismo son mayores en aquellos países donde hay una actitud de intolerancia hacia el aborto legal¹. En el año 2011, 46% de los países del mundo (91 de 192) permitía el aborto sólo si se hallaba en riesgo

la vida o la salud de la madre, 29% lo permitía si la madre lo solicitaba (al menos en el primer trimestre del embarazo), en tanto que cinco países (Chile, El Salvador, Nicaragua, Malta y la República Dominicana) no permitían el aborto bajo ninguna circunstancia².

Se calcula que en 2006, aproximadamente un millón de mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones surgidas de un aborto inseguro en América Latina³. En 2008, según estimados de la OMS, 95% de los 4.23 millones de abortos que se realizaron en la región fue inseguro¹. Datos más recientes estiman que 12% de todas las muertes maternas de la región se debió a complicaciones producidas por abortos inseguros⁴. La mayoría de países tienen leyes que prohíben el aborto⁵, pero tal como lo demuestran la evidencia a nivel mundial, la prohibición legal no evita que las mujeres procuren abortar. Cuando se encuentran frente al hecho de un embarazo no deseado, muchas mujeres buscarán la forma de abortar, a pesar de la condena y de las barreras que les impiden o dificultan tener un aborto seguro⁶.

La tecnología médica ha hecho posible que ahora las mujeres pueden interrumpir un embarazo sin riesgos, tanto con cirugía como con medicamentos. En los lugares donde hay restricciones legales, se ha producido un aumento considerable en el acceso y uso del aborto con medicamentos⁷⁻¹⁰, debido a que se puede conseguir misoprostol sin necesidad de receta médica o en el mercado negro. En estos contextos se están usando cada vez con mayor frecuencia distintas estrategias, tales como las líneas de atención telefónica de información y orientación o referencia, las compras por internet, y la consejería previa y posterior al aborto –que usan sobre todo las organizaciones de la sociedad civil y los grupos de mujeres– para que las mujeres tengan un mayor acceso al aborto seguro con medicamentos^{11,12}.

El aborto con medicamentos les da a las mujeres una opción de interrumpir el embarazo en forma temprana, que es segura, de fácil acceso, no es invasiva y permite atención ambulatoria. Los estudios demuestran que las mujeres prefieren el aborto con medicamentos por varias razones: es más natural, no implica cirugía ni anestesia, permite una interrupción temprana del embarazo, protege la privacidad y las mujeres sienten que tienen un mayor control del proceso de aborto ya que, entre otras razones, se puede programar en función de la rutina diaria de la mujer. Por estos motivos, en la mayoría de estudios de aceptabilidad casi todas las mujeres que abortaron con medicamentos dijeron que lo volverían a usar y se lo reco-

mandarían a otras mujeres^{8,13-16}.

En América Latina, hace varias décadas que las mujeres han estado acudiendo al aborto con medicamentos para auto-inducirse el aborto en casa^{17,18}. De los dos medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para abortar, la mifepristona todavía no está disponible en casi ningún país de la región, pero el misoprostol se viene vendiendo en farmacias desde la década de 1980^{19,20}. Misoprostol está aprobado en la mayoría de países para evitar úlceras gástricas pero no para indicaciones ginecológicas u obstétricas, excepto en seis países*, donde lo han registrado para alguna de estas indicaciones, mas no para el aborto²¹. A pesar del contexto legalmente restrictivo y ante el no cumplimiento del derecho penal contra el aborto, el uso del aborto con medicamentos por las mujeres está reduciendo los riesgos de aborto inseguro, y contribuyendo de esta forma al logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5a y 5b²².

Una revisión reciente de la literatura especializada en la región de América Latina encontró que, a pesar de haber una larga tradición de investigación académica y social sobre salud sexual y reproductiva, y además un fuerte movimiento de mujeres que se moviliza en torno a la problemática del aborto^{23, 24}, son pocos los estudios que se han concentrado específicamente en la experiencia del aborto con medicamentos desde la perspectiva de la mujer. Esta revisión también mostró que las restricciones legales al acceso al aborto y las restricciones normativas sobre el acceso al aborto con medicamentos ocasionan que las mujeres carezcan de la información apropiada sobre la dosis, los síntomas y la eficacia del aborto con medicamentos. La falta de consejería y apoyo antes, durante y después del proceso del aborto también causa que las mujeres usen la medicación en condiciones no óptimas¹⁸.

En Argentina el aborto está prohibido por el Código Penal, excepto en los casos en que la vida o la salud de la mujer esté en riesgo, o si el embarazo es resultado de una violación, incluyendo la agresión sexual a una mujer con discapacidad mental. Sin embargo, los abortos por estas causas no están garantizados por

* Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Uruguay.

el sistema de salud²⁵. No obstante estas restricciones, se estima que cada año se realizan casi 400,000 abortos en Argentina, y que las complicaciones surgidas de abortos peligrosos han sido la causa principal de la mortalidad materna en las últimas dos décadas^{26,27}.

Los mayores obstáculos para tener acceso a un aborto seguro son las restricciones legales y la falta de una cultura de provisión de aborto en los servicios de salud pública –incluso para aquellos pocos casos que la ley autoriza. El hecho de que el misoprostol no esté aprobado para interrumpir el embarazo es un obstáculo más. No sólo las mujeres enfrentan obstáculos para obtener misoprostol, sino que los profesionales de la salud también tienen que lidiar con el hecho de que, como misoprostol no está registrado para casos de aborto, tienen que recurrir a usarlo sin etiqueta.

Las mujeres que han recurrido al aborto con medicamentos fuera de entornos clínicos lo han hecho, por lo tanto, en forma clandestina, a pesar de las restricciones legales y también por causa de ellas. En vista de la importancia que tiene el aborto con medicamentos en redefinir la naturaleza del aborto, es particularmente pertinente comprender las experiencias de las mujeres en contextos donde prevalecen las restricciones legales²⁸. Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo que tuvo por objetivo explorar las experiencias de mujeres que viven en el área metropolitana de Buenos Aires, en Argentina, con el uso de misoprostol para inducir un aborto.

Metodología

Se hizo un estudio exploratorio y descriptivo. La muestra estaba compuesta de mujeres que tuvieron distintas experiencias de aborto con medicamentos, sobre todo en cuanto a las fuentes de información y consejería a las que tuvieron que acudir. Algunas de ellas (n=24 mujeres) habían usado misoprostol y buscaron consejería o se presentaron con síntomas de aborto incompleto en algún hospital público de la ciudad de Buenos Aires**. Las demás (n=21 mujeres) habían usado misoprostol siguiendo

** Por razones de confidencialidad no se indica el nombre del hospital.

el consejo de una línea local de atención telefónica, de internet, o de otras mujeres. Todas ellas abortaron en sus respectivos hogares.

Las mujeres fueron seleccionadas de dos maneras. Primero, mujeres que solicitaron consejería en un hospital, fueron abordadas por un miembro del equipo de salud del mismo antes de que se les diera de alta. Se les preguntó si el equipo de investigadoras podría entrevistarlas. Estas entrevistas se llevaron a cabo en el hospital. Segundo, para llegar a las mujeres que no acudían a un establecimiento de salud, se usaron las técnicas de muestreo llamadas “bola de nieve” o muestreo en cadena. A través de organizaciones de mujeres de la comunidad y mediante redes personales buscamos referencias de mujeres que habían tenido un aborto auto-inducido con medicamentos en los 12 meses previos. En algunos casos, la persona de contacto nos refirió a dos mujeres o más. En otros casos, la persona entrevistada nos refería a otra mujer. En todos los casos, la persona de contacto les preguntaba a las mujeres si el equipo de investigadoras las podía entrevistar.

Aplicamos un plan de entrevistas en profundidad para reunir información sobre la decisión de abortar de cada mujer y su elección del aborto con medicamentos; cómo obtuvo el medicamento; creencias sobre cómo funciona el medicamento; percepciones sobre la seguridad y la eficacia; experiencia física y subjetiva del proceso de aborto; percepciones sobre la privacidad; costos personales y familiares; y el papel del servicio de salud, si hubiera habido.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI) de la OMS y por el Comité de Ética en Investigación de CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Roberto Quirno, Buenos Aires, Argentina). Se obtuvo el consentimiento informado de todas las mujeres. El trabajo de campo se llevó a cabo desde octubre 2011 hasta julio 2012.

Las entrevistas se hicieron en español y el análisis se realizó utilizando el texto original en español. Dos miembros del equipo de investigación codificaron en forma independiente las transcripciones de las entrevistas; el equipo de investigación discutió y resolvió las discrepancias en la codificación. Las citas que se usan en este artículo fueron traducidas al inglés. Todos los nombres utilizados son ficti-

cios para proteger el anonimato de las participantes.

Tal como lo señalamos en este artículo, nuestro objetivo era explorar la diversidad de experiencias que han tenido las mujeres, así como el rango de sus decisiones, emociones y experiencias físicas y sus estrategias, incluyendo la búsqueda de atención médica, que experimentaron las mujeres al practicarse un aborto clandestino con medicamentos, y su evaluación general de esta experiencia. Además, queríamos descubrir si la experiencia del aborto con medicamentos habría sido distinta si la mujer hubiera recibido asesoramiento y cuidados médicos antes o después del aborto. Analizamos las implicancias de estos hallazgos para la salud y el bienestar de las mujeres y examinamos de qué manera deberían usarse estos hallazgos para influir en futuras estrategias que mejoren el acceso al aborto con medicamentos en contextos con restricciones legales.

Resultados

Las edades de las 45 mujeres entrevistadas oscilaban entre los 18 y los 40 años; 60% había completado su educación primaria (siete años o más de escolaridad). Un tercio de ellas vivía con su pareja al momento de la entrevista. Sesenta por ciento de ellas tenía hijos (entre uno y nueve).

En las experiencias de las mujeres identificamos cuatro etapas. Primera, cómo se tomó la decisión de interrumpir el embarazo, incluyendo la búsqueda de información y las razones por las que eligieron el aborto con medicamentos. Segunda, cómo se obtuvo el medicamento, incluyendo el acceso a la receta y la compra de las tabletas. Tercera, cómo se usaron las tabletas, incluyendo la búsqueda de información sobre la forma de usarlas (dosis, intervalo, efectos secundarios y señales de peligro). Finalmente, la etapa posterior al aborto, una vez terminado el proceso, si la mujer buscó o no orientación médica, y las reflexiones de la mujer sobre lo que había sucedido.

La decisión de interrumpir un embarazo usando misoprostol

La elección del aborto con medicamentos fue el resultado de que las mujeres compararan

distintas opciones para interrumpir su embarazo. En este proceso, un factor determinante fue la ventaja de que se usaran pastillas para el aborto: las pastillas eran más cómodas porque se podían usar en casa y en compañía de una persona significativa al lado de la mujer; eran menos riesgosas; el medicamento era seguro y más efectivo; no era necesario que hubiera un procedimiento quirúrgico. El costo de las pastillas en comparación con el costo de un aborto quirúrgico no se reportó como un obstáculo importante ni como una ventaja.

“Me parece menos riesgosa para mí. Sí, parece más segura y menos... No sé, creo que tal vez [el aborto quirúrgico] es una intervención muy importante en tu cuerpo. En vez de eso usé las pastillas, las tomé en casa, con la gente que amo, y tal vez es menos duro que el curetaje o el legrado” (Laura, 25).

“Me imagino en cualquier sitio, con cualquier doctor, sin saber si realmente es un doctor o no, y me parece una carnicería. Tengo una amiga que hizo eso y salió totalmente drogada de la anestesia, arrastrándose en el piso de un departamento vacío, ¿lo ves? No es bueno, nadie te apoya ni siquiera sabes quién lo hizo...” (Lucía, 28).

Para la mayoría de las mujeres entrevistadas, la información necesaria para tomar la decisión de usar misoprostol o no se obtuvo a través del contacto de distintas fuentes, especialmente amigas y familiares. Sin embargo, la información obtenida a menudo era incompleta y no satisfacía del todo sus expectativas, por lo que tuvieron que recurrir a más de una fuente, hasta que sintieron que ya habían recibido la información necesaria para proceder. Para 18 de las 45 mujeres, el factor determinante para decidirse a usar misoprostol fue la confianza en la seguridad del método, transmitida por las fuentes a quienes consultaron.

Aquellas mujeres que pudieron consultar a los servicios de salud que son conocidos por su compromiso con las mujeres y la calidad de su atención, se sintieron particularmente cómodas con el proceso de aborto. A ello se sumó la interacción con personal amigable que no sólo les dio información apropiada sino que las escucharon y les prestaron atención a sus preocupaciones en forma

respetuosa, haciéndolas sentir que su decisión estaba justificada. Para varias mujeres, la Internet desempeñó un papel significativo, sobre todo para aquéllas que accedieron a una línea telefónica local y a su material impreso^{***}, cuya información fue una especie de “todo en una sola tienda”. Ellas describieron esta fuente como accesible, integral y precisa.

“Cuando me di cuenta de que estaba embarazada empecé a preguntarle a mis amigas que eran mayores que yo, si ellas sabían cómo podía interrumpir el embarazo... Me hablaron de pastillas y otros métodos, pero me dijeron: ‘Si lo vas a hacer, ¡hazlo con cuidado!’ Por eso no pensé en ninguna otra alternativa, confié en ellas porque ellas sabían de qué estaban hablando” (Claudia, 21).

*** Nos referimos a “Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas”, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. http://www.editorialecolectivo.org/ed/index.php?option=com_content&view=article&id=176:todo-lo-que-queres-saber-sobre-como-hacerse-un-aborto-conpastillas&Itemid=1

“Le pregunté a una amiga, quien me dijo que el hospital X era muy amable y comprensivo, que ella enviaba ahí a las chicas con embarazo no deseado.... Y también hay libros, hay uno de las Lesbianas y Feministas que apoyan el aborto legal y el aborto seguro, lo pedí prestado y lo leí, y me pareció seguro. Yo ya tenía información de mis amigas de Chile que lo habían hecho. Y así tomé la decisión” (Taira, 31).

Conseguir el medicamento

Les tomó a las mujeres entre una y dos semanas abastecerse de las pastillas. La complejidad de esta empresa dependía de conseguir la receta médica que necesitaban para comprarla; tener contactos que pudieran identificar la farmacia dónde ir; encontrar una farmacia que las venda; tener el dinero necesario; y conseguir el apoyo de amigos y/o familiares.

En Argentina, se necesita una receta médica escrita a mano, firmada y fechada por un profesional de la salud para comprar Misoprostol. Los contactos y las recomendaciones personales fueron particularmente importantes en este sentido. Dada la carga que representa tratar de obtener una receta escrita a mano,



Folletos, volantes y publicaciones sobre el aborto con medicamentos, Argentina, 2014.

muchas mujeres probaron distintas estrategias para conseguir el medicamento sin tener una. Al final, 21 mujeres obtuvieron la receta en un establecimiento público de salud conocido por brindar consejería, mientras 11 mujeres compraron el medicamento en una farmacia sin receta médica, seis recurrieron a un médico amigo o familiar, quien les dio la receta. Cinco recibieron las pastillas directamente de amigos o familiares y dos mujeres compraron el medicamento en Internet.

“Yo fui a varias farmacias, con una amiga mía; fuimos de farmacia en farmacia, y le decíamos al farmacéutico: ‘Mira, tengo este problema, y necesito tu ayuda, pero no tengo receta médica’” (Yamila, 18).

“La parte más difícil fue conseguir la receta médica... al final la conseguí a través de un amigo de un amigo que era doctor... pero antes de eso tuve varias citas con ginecólogos tratando de encontrar un doctor amigable que me diera la receta médica” (Gabriela, 25).

Aquellas que no pudieron conseguir el nombre de una farmacia en la que pudieran confiar preguntaban en las farmacias de su barrio como primer paso, ya que conocer al personal de la farmacia era tomado como una ventaja que podría posibilitar la compra.

Como el Misoprostol no está registrado para realizar abortos, comprar el medicamento con ese propósito requiere hacer que un acto ilegal parezca legal. Para las mujeres de este estudio, esto significó emplear estrategias para evitar preguntas del tipo “¿Para qué es?”, por parte del farmacéutico. Por ejemplo, algunas mujeres le pidieron a alguien mayor que comprara el medicamento, fingiendo tener un problema de úlcera gástrica. Otras pidieron que la receta médica se hiciera a nombre de un hombre.

“Un fisioterapeuta hizo la receta médica a nombre de mi compañero en vez de a nombre mío. Dijo: ‘Bueno, voy a comprarlo con mi cara de buen vecino. Siempre puedo decir que tengo una tendinitis o lo que sea...’” (Victoria, 33).

Si bien casi todas las mujeres en este estudio tenían limitaciones económicas, el costo del medicamento no era percibido como un proble-

ma insuperable, particularmente al compararlo con el costo percibido de un aborto quirúrgico. Cabe mencionar que las mujeres evaluaron tanto el costo como la seguridad al decidirse por un aborto con medicamentos.

“Yo lo recomendaría porque es más accesible económicamente en comparación al costo de un aborto quirúrgico. Puedes elegir entre esto [el aborto con medicamentos] y otros tipos de aborto clandestino, que son más riesgosos. Esto representa una diferencia. Te lo puedo decir a nivel de la clase media baja, o lo que sea que seamos, sabemos que los abortos quirúrgicos actualmente son riesgosos por las condiciones en las que se practican. Esta es una opción más barata y más segura” (Yamila, 21).

Finalmente, la mitad de las mujeres debieron confiar en contactos de sus redes personales para conseguir el medicamento.

“Mi hermana me consiguió las pastillas. Trabaja en una organización social que les brinda las pastillas a mujeres que quieren abortar. La organización consigue las pastillas a través de otra organización que, hasta donde yo sé, tiene un contacto con alguien quien trabaja en un laboratorio” (Camila, 22).

“Una amiga mía lo sabe porque una amiga de ella lo sabe. Le dije, ‘Por favor, cuando le hables, pregúntale dónde las compró’. Ella me hizo este favor, le preguntó y ella le dijo que le había comprado las pastillas a una señora. Y nos fuimos, ella entró, las compró y me las dio” (Norma, 30).

Cómo usar el medicamento

El restringido contexto legal en el que ocurren los abortos en el país influye sobre el tipo y la calidad de información disponible¹⁸. La mitad de las mujeres se sentía confiada respecto a cómo usar las pastillas, principalmente aquellas que habían recibido información de un proveedor de servicios de salud antes del aborto, o habían obtenido información de la internet y/o de la línea de información telefónica. Sin embargo, las entrevistas muestran que el conocimiento que tienen las mujeres sobre qué esperar y cómo funcionan los medicamentos estaba incompleta y fragmentada, y aún los

doctores no eran siempre percibidos como una fuente confiable de información.

“Los mismos doctores daban información distinta. Yo recibí información muy diferente. Uno dijo que solo debería tomar 4 pastillas y eso causaría el aborto, otro dijo que debería tomar las 12; otro dijo que debería tomar 4 pastillas y tal vez 24 horas después debería tomar otras 4. Y eso me preocupaba” (Norma, 30).

“Una amiga mía le preguntó a varias organizaciones feministas y recibió información, pero en partes... la gente tenía miedo de darle la información directamente y se les dificultaba darle un contacto telefónico. O le decían que hay una pastilla y no es ilegal obtenerla. Toda la información que le dieron estaba equivocada. Luego, encontré una página web donde había una guía muy útil sobre aborto con pastillas, dónde conseguirlas y los pasos a seguir” (Gabriela, 25).

Las vías de aplicación utilizadas fueron vaginal, oral o una combinación de ambas. Los médicos a veces recomendaron no usar la vía vaginal para que no haya restos del medicamento después, en caso que la mujer sea examinada, por ejemplo, si hubiera complicaciones de cualquier tipo. Las mujeres mencionaron distintas dosis, pero la más frecuente era de 4 pastillas cada 3 horas. Las mujeres estaban particularmente preocupadas sobre cuántas pastillas tomar y el intervalo entre las dosis, que fue la información menos clara que pudieron obtener.

“Mi principal duda era cuándo volver a tomar la dosis... si lo estaba perdiendo o no, porque la información decía que si tienes una gran pérdida y tenías que usar dos toallas higiénicas cada media hora, entonces debías acudir a un hospital. Pero, yo tenía una menstruación normal, así que no estaba segura. Luego, sangré durante 15 días, así que fui a la clínica y la ecografía mostró que todavía tenía algo adentro, así que repetí la dosis, usé 4 pastillas” (Andrea, 33).

Todas las mujeres tomaron los medicamentos en su casa, el día y la hora que les era conveniente, lo que las hizo sentirse más tranquilas.

Eligieron la noche, cuando los niños dormían, o los fines de semana cuando tenían tiempo para poder descansar, y las interrupciones o exigencias se reducían.

“Yo la tomé durante el fin de semana porque [el doctor] me dijo que en dos días, como mucho tres, terminaría todo. Así que, me dije, el tercer día estaré lista para volver al trabajo” (Gabriela, 43).

Dos tercios de las mujeres atravesaron el proceso de aborto en compañía de alguien cercano (pareja, amiga o pariente), en quien confiaban. Esto fue algo que recalcaron, particularmente, como una ventaja única del aborto con medicamentos.

“Lo puedes hacer en tu casa y te permite tener a alguien ahí en quien confías y a quien le puedes pedir apoyo” (Lucía, 28).

La experiencia física

Para la mayoría de mujeres el aborto en sí mismo fue vivido como una menstruación normal o más intensa. Esto creó la percepción de que un aborto estaba cerca de ser “un proceso natural” y les permitió lidiar mejor con sus ansiedades y miedos.

“Fue como una menstruación normal. Piensas que será un fuerte sangrado o algo así, pero fue muy ligero y luego paró... Me preocupaba que todo fuera a salir bien, no sabía cómo lo soportaría mi cuerpo... pero no, en realidad estuvo muy bien” (Karina, 36).

El sangrado y expulsión fueron reconocidos como señales clave. De hecho, 16 mujeres dijeron que fue a través del sangrado que pudieron confirmar que se había iniciado el proceso de aborto y que estaba en curso. Las mujeres también mencionaron otros síntomas físicos como dolor (24), expulsión de coágulos de sangre (9), contracciones (5), escalofríos (3), vómitos (3), zumbido en los oídos (1) y diarrea (1). Si bien las mujeres sentían menos dolor de lo que esperaban, lidiar con ello dependía de si habían recibido información previa sobre los efectos secundarios y también si tenían a alguien cerca que las acompañara.

“Yo estaba con mi compañero, él estaba conmigo porque hasta donde yo entendía no puedes tomar los medicamentos sola, por si acaso, ya sabes.... es lo que me dijo mi doctor... fue distinto de lo que me esperaba, menos trágico... pensé que el dolor sería mayor y que estaría aún más preocupada” (Lucía 25).

Sólo 12 de las 45 mujeres utilizaron analgésicos, principalmente aquéllas a quienes un profesional de la salud les había aconsejado previamente que lo hicieran. Los principales motivos por los que las mujeres rechazaron el uso de analgésicos fueron el miedo a que frenaran el proceso de aborto y la creencia de que las pastillas ya venían con un analgésico.

A pesar de tener alguna noción de los síntomas que debían esperar después de tomar las pastillas y cómo actuar en consecuencia, muchas de las mujeres carecían de información sobre cómo actúa la droga y lo que le hace al cuerpo. Estas ideas fueron expresadas de la siguiente manera:

“Lo que sea que hay ahí se disuelve/afloja”.

“Hay pequeños pedazos de tejido”.

“Tiene que ver con unas reacciones químicas que hacen que el cuerpo expulse el embrión”.

“Produce contracciones”.

“Dilata el útero”.

“Cambia tus hormonas”.

“Las pastillas llegan ahí y explotan”.

“Tuve una revolución en el vientre”.

“Las pastillas cortan el oxígeno”.

La experiencia emocional

Si bien todas las mujeres habían decidido abortar, todas vivieron el proceso con emociones negativas, aún las que sentían confianza en los medicamentos. Miedo a tener hemorragias (8), culpa y remordimiento (8), incertidumbre y no saber si los medicamentos habían sido tomados correctamente (6), miedo a volverse estériles (6), descuido por haber quedado embarazadas (6), tristeza (5), enojo por tener que lidiar con proveedores de servicios de salud y tener que confesar el aborto (4), miedo a morir (3), preocupaciones sobre cómo lidiar con la rutina diaria (2), vergüenza de haber matado a un bebé y descuidar a sus hijos, (3), todo figuraba en los relatos de las mujeres.

Por otro lado, el alivio y la satisfacción de haber resuelto el problema, y la sensación de confianza en sí mismas sobre la decisión que habían tomado fueron emociones positivas asociadas a la experiencia del aborto para algunas mujeres. Para estas mujeres, haber tenido información sobre el crecimiento del feto y la sensación práctica de “haber resuelto” un problema vital, compensaban la culpa y el remordimiento que se presentaron como emociones subyacentes para casi todas las mujeres que entrevistamos.

“El primer temor, y quizás el más fuerte, sea el de la culpa. Es la idea de haber matado a una vida, digamos, esto que resulta de una crianza cristiana, que en realidad yo no tuve. Pero también, tenía una sensación de alivio, de haber sido capaz de hacerlo. Nunca se puede decir que haya sido una alegría, no se puede decir que estás contenta haciendo lo que tienes que hacer, pero existe la idea de que yo quería esto, y es lo que yo quería” (Natalia, 33).

Los miedos y las angustias también se manejaban mejor cuando las mujeres contaban con una red de apoyo, que incluía un proveedor de servicios de salud que respondiera frente a las dudas o una persona importante que la acompañara durante el proceso de aborto.

“Lo que recuerdo es la compañía de mi pareja, estábamos viviendo juntos y mi casa fue el lugar que elegimos para hacerlo. Él estaba ahí; me cuidó y también se encargó de mis dolores físicos... Nunca sentí que las cosas estuvieran fuera de control” (Natalia, 33).

La experiencia con los servicios de salud

Las consultas previas en el hospital a través del cual algunas de las mujeres fueron contactadas para el estudio, dieron forma a sus expectativas sobre el aborto con medicamentos. Aquéllas que habían recibido consultoría ahí estaban, sobre todo, contentas y muy sorprendidas por el hecho de que un establecimiento público de salud estuviera dispuesto a guiarlas a través del proceso, proporcionarles información relevante, no hacer preguntas, reconfortarlas, asegurarles que el método es seguro y apoyarlas en su decisión. Todos estos elementos fueron resaltados como particularmente valiosos y las hicieron sentir

más tranquilas con su decisión de abortar y con el aborto en sí.

“Sentirse reconfortada, guiada sobre lo que hay que hacer después, sobre dónde conseguir el medicamento, tener solucionado el problema de la receta médica, recibir información sobre el precio, todos estos temas... y no ser condenada sino cuidada... estas cosas importaron de verdad para mí” (Laura, 25).

“Al principio tenía miedo de venir al hospital... ya había tenido la experiencia de ir a hospitales públicos para pedir la pastilla del día siguiente, o pedir preservativos y que me trataran como una asesina... pero cuando llegué, lo más fácil fue hablar con las doctoras. Eran mujeres muy amistosas; fue fácil hablar con ellas. Pensé que iba a ser más difícil. Estas señoras son muy simpáticas y puedes confiar en ellas y contarles cualquier cosa, porque no van a escandalizarse. Para mí, eso fue realmente esencial” (Lucia, 23).

“Me abrieron la puerta. Yo estaba muy nerviosa, me hicieron una ecografía, me dijeron desde cuándo estaba embarazada... que tenía tiempo para pensarlo bien, me calmaron y me aseguraron que todo estaría bien, que el método era efectivo, y que el riesgo de morir era muy, muy bajo. Me aconsejaron que volviera; que me estarían esperando” (Débora, 23).

Para tres de las mujeres que no recibieron consejería previa por parte de un profesional de la salud, lo que pensaron que eran síntomas alarmantes –fiebre, sangrado fuerte o duradero, dolor insoportable, ausencia de sangrado– hizo que tomaran la decisión de ir al hospital. Las tres esperaban una respuesta negativa de parte del hospital, basadas en experiencias propias y de otras mujeres. Asumieron que el servicio de salud no sería receptivo a sus necesidades a causa de lo que habían hecho. Sin embargo, el miedo de ser maltratadas y/o denunciadas a la policía fue superado por el miedo aún mayor de morir. Una vez ingresadas, sus expectativas fueron reemplazadas por la estresante realidad de que las dejaran solas en una habitación o que las pusieran en una habitación con mujeres en trabajo de parto o mujeres con sus bebés recién nacidos al lado de ellas, ya que los

hospitales no tienen un espacio reservado para mujeres con complicaciones de aborto.

“El miedo que tenía era porque estaba en una habitación sola, y en la habitación de al lado había mujeres dando a luz. Había una chica en pleno parto y yo oía todo. Me dije: ‘Me quiero morir’. Había un reloj ahí, me la pasé mirándolo, mi hermana me llamaba cada 50 segundos porque solo los dejaban entrar por un segundo. No podían visitarme” (Lucia, 28).

“Estás en la misma habitación con las madres. Se la pasan hablando del bebé, de la barriga, bla, bla, bla... Así que yo estaba bien, pero era imposible no angustiarse” (Andrea, 21).

“El aborto terminó”: evaluación de la experiencia

Al final de la entrevista, se le pidió a las mujeres que evaluaran su experiencia en su totalidad, sus aspectos positivos y negativos, el impacto que había tenido en ellas, y cómo lo ven para las mujeres en general. Algunas mujeres mencionaron aspectos del método en sí y lo que permite, y también las circunstancias en las que se había dado su experiencia de aborto, las cuales sentían que debían ser comprendidas en conjunto. Muchas de ellas mencionaron tanto aspectos positivos como negativos, reconociendo la ambivalencia tanto de la situación como de la experiencia.

“Si conoces los riesgos, tienes buena información y alguien a tu lado, las pastillas te permiten mantener la experiencia en privado. La decisión siempre es privada, y usar las pastillas significa que también puedes hacerlo a tu manera, cuando tú lo quieres, con la gente que quieres y eso no tiene precio. Pero no todas las mujeres tienen acceso a estas condiciones... y a veces se elige otro método –porque la vida es distinta para cada mujer” (Ana, 29).

“El método no importa, siempre y cuando sea seguro y cuente con el respaldo de alguien, de un profesional. El método no importa; importa cómo llegaste a él, lo que importa es que sepas qué esperar y tengas información...” (Claudia, 24).

“Con [las pastillas] no corres ningún riesgo, como lo haces cuando estás en manos de al-

quien que no conoces, que te va a cobrar un montón de plata porque no le importas... esas manos no te cuidan y hasta te puede contagiar algo” (Lucía, 28).

“Cuando decidí hacerlo, pensé: ‘es relativamente barato, estás en casa, puedes estar con alguien, y no estás en un lugar clandestino. Luego, tardó tanto que pensé que debería haber elegido otra cosa. Porque con el otro método terminas el mismo día, te vas y ya está. Comienza y termina el mismo día, te hacen un chequeo, pero cuando el momento de mierda pasa, se acabó. Pero de este modo, sigue y sigue, y no sabes si volver a tomar las pastillas o no” (Andrea, 21).

Las circunstancias en las que se hace el aborto, las condiciones clandestinas y sus correspondientes riesgos, así como la calidad de la información que consiguieron fueron particularmente significativas para algunas mujeres.

“Otras opciones son más complicadas porque necesitas que intervenga un doctor, un doctor que está cometiendo un delito; te involucras en una relación perversa porque lo estás sobornando para que arriesgue su licencia médica, así que en ese sentido, las pastillas son un millón de veces mejor” (Victoria, 33).

“Sé de mujeres a las que les ha fallado. Para mí depende de cómo lo manejas y lo que sabes previamente... Conozco personas que lo intentaron con las pastillas una y otra vez y no pasó nada. Por suerte para ellas, los bebés nacieron bien, porque existía el riesgo de que algo les pasara. La información de verdad importa” (Claudia, 24).

Al final, las mujeres hablaron de elección y autonomía para tomar decisiones. Se valoró particularmente la opción de un proceso privado para la interrupción del embarazo, sin interferencia.

“Las pastillas pueden cambiar tu vida, ser capaz de decidir lo que quieres hacer con tu cuerpo... creo que son como las pastillas anti-conceptivas, las tomas y no tienes que explicar porqué las tomas, te dan la autonomía y la privacidad para que hasta la mujer más sola

del mundo, hasta la que no tiene a nadie en quien confiar, pueda hacerlo. Así que creo que este aspecto, la autonomía, es esencial, porque al final, es tu cuerpo. Creo que las otras opciones siempre incluyen a un tercero con quien tienes que negociar y siempre que tienes que negociar hay algo que perder... Una vez que tienes las pastillas en tus manos puedes hacer lo que quieras” (Victoria, 33).

Conclusiones

Este estudio analizó las experiencias de las mujeres con el aborto con medicamentos en un entorno restringido por ley. Como en varios países en América Latina, la situación del aborto en Argentina ha estado cambiando en los últimos años a causa de fallos judiciales a favor del acceso de las mujeres a abortos legales en casos de riesgo para la vida y la salud; así como en casos de violación. Asimismo, la introducción de ciertos cambios en políticas públicas, particularmente las normativas emitidas para regular el acceso a abortos legales con estas causales^{23,29,30}. Mientras tanto, la alternativa del uso casero del Misoprostol, viniendo de grupos de mujeres, organizaciones sociales y equipos de salud en algunos establecimientos públicos de salud ha llegado a las mujeres que están atravesando embarazos no deseados. Las líneas de atención telefónica y las páginas web apoyan esto brindando información exacta y con perspectiva de género y consejería, así como referencias a servicios de salud que reciben bien a las mujeres³¹. También, las organizaciones comunitarias llevan adelante actividades educativas y brindan material informativo, dirigido a mujeres, brindándoles su apoyo³²; a su vez, los servicios de salud pública que aconsejen a las mujeres usando un enfoque que reduzca los daños, un clima cultural abierto al debate sobre el aborto³⁴⁻³⁶; y el uso más extenso del Misoprostol para la interrupción de embarazos, a menudo son descubiertos por las mujeres a través de referencias verbales^{33,36}.

Los resultados presentados aquí deberán, por lo tanto, ser interpretados con relación a este contexto cambiante. La oportunidad sin precedentes creada por el uso del Misoprostol está flanqueada por las barreras históricas para el acceso a un aborto seguro, ya sea legalmen-

te o no. Las mujeres están siendo beneficiadas por el nuevo contexto, pero aún viven el trasfondo de ilegalidad profundamente arraigado culturalmente, lo que las hace sufrir el estigma social y las barreras emocionales que limitan su aceptación de la decisión de abortar.

Los resultados muestran que las mujeres perciben que el aborto con medicamentos tiene muchas ventajas. Como muchos otros estudios de la región latinoamericana han demostrado, las mujeres en este estudio apreciaban fuertemente la posibilidad de que sus abortos sean privados; de poder decidir el día, lugar y hora para usar las pastillas; la seguridad de abortar sin la intervención de desconocidos; la sensación segura de estar atravesando un proceso fisiológico; y la posibilidad de ser cuidadas por alguien que ellas elijan.

El hecho de que las mujeres tuvieran que confiar en sí mismas en un entorno clandestino hizo que la información y consejería fueran críticas^{16,26}. Las mujeres accedieron a información de distintas fuentes y se preocuparon particularmente cuando esas fuentes brindaban información distinta entre sí, o ésta se encontraba fragmentada o era inexacta. La información que lograron obtener hizo que confiaran suficientemente en el método para seguir adelante con él, al final, a veces sentían que el conocimiento que tenían no era suficiente, lo que causaba una angustiante sensación de incertidumbre. Si bien ahora hay más información disponible que en el pasado¹⁶, aún parece haber mucho menos de lo que las mujeres necesitan. Además, no menciona la gama de aspectos del proceso de aborto con los cuales las mujeres están preocupadas: la medida del sangrado, si es que deben repetir la dosis o no y cuándo, cómo evaluar los coágulos, cómo lidiar con su temor, ansiedad, dolor y culpa, entre otros aspectos.

Las mujeres buscaban consejería activamente para que las apoyen a tomar una decisión y/o llevar adelante el aborto. Distintas fuentes se las proporcionaron: líneas de atención telefónica, parientes y amigos, material impreso, y también profesionales de la salud⁸. Las particularidades del método combinadas con las restricciones legales sobre la participación de los profesionales de la salud, pone al aborto en manos de las mujeres. La diversidad de grupos e individuos actualmente comprometidos con apoyar el aborto

seguro también hace que la consejería, elemento crucial, esté más disponible.

Al mismo tiempo, la línea de atención telefónica y sus materiales de información fueron recursos altamente valiosos, particularmente para aquellas mujeres que parecían más seguras y hábiles en el uso de internet y materiales impresos. Para mujeres que se sentían más vulnerables, el contacto cara a cara y la seguridad que les proporcionaba el personal médico amistoso era más acorde a sus necesidades. Además, la "autoridad moral" de los proveedores de servicios de salud ayudó a disipar su malestar y dar legitimidad a su situación y decisión.

Nuestros resultados muestran que las mujeres involucraban y confiaban en sus parejas, familiares y/o amigos durante el proceso de aborto. La "naturaleza" del aborto con medicamentos, y el deseo de las mujeres de tener a alguien a su lado, fueron propicios para ellas^{8,26,37}. Si bien hay estudios recientes en América Latina que argumentan que las mujeres usan el aborto con medicamentos porque no tienen alternativa, hemos demostrado que las mujeres en este estudio elegían el aborto con medicamentos, luego de un reflexivo proceso de toma de decisiones^{8,37,38}. Tomaban la decisión final sólo cuando tenían claras las ventajas y seguridad que brindaban las pastillas.

Aunque este estudio haya sido pequeño y no pueda ser tomado como representativo, los resultados muestran que a pesar del entorno restringido por ley, las mujeres estaban teniendo acceso a información, consejería y Misoprostol. Finalmente, a decidir si proceder o no al aborto, y poder actuar sobre esa decisión, tuviesen o no apoyo por parte de profesionales de la salud. Este método les resultó difícil pero también aceptable y asequible. Sin embargo, también expresaron muchas dudas e incertidumbres, no todas explicadas por el ambiente de clandestinidad. La práctica del aborto con medicamentos en este contexto estuviera en sus propias manos, les generaba un fuerte peso a algunas. Es necesaria mucha confianza en sí misma para poder atravesar este proceso sin vacilar.

Se deberían redoblar los esfuerzos para mejorar las leyes, políticas y provisión de servicios en Argentina, a fin de asegurar las mejores condiciones posibles para la práctica del aborto con medicamentos. Se debería aprobar la disponibilidad de Mifepristona y de Miso-

prostol y se debería crear un ambiente favorable a estos medicamentos. Asimismo, ya que no todas las mujeres, ni sus experiencias de vida y circunstancias son las mismas, debería ser prioritario ampliar la gama de opciones de métodos de aborto y fuentes de información.

Agradecimientos

Las autoras agradecen el apoyo técnico y financiero brindado por HRP (PNUD/FPNU/UNICEF/OMS/Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investiga-

dores sobre Reproducción Humana del Banco Mundial). Agradecemos a todas las mujeres que compartieron sus experiencias y confiaron en nosotras para que informemos sobre un momento tan importante de sus vidas.

Queremos agradecer al Jefe de Servicio y al personal del hospital que nos presentó a las mujeres. Sin su ayuda el estudio no habría sido posible. Apreciamos enormemente el compromiso y sensibilidad de Ana Aguilera, Sonia Ariza, Paula Bilder y Tamar Finzi al llevar adelante las entrevistas.

Referencias

1. Ahman E, Shah IH. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Geneva: World Health Organization, 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/.
2. Turquet L. In Pursuit of Justice. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2011. <http://progress.unwomen.org/pdfs/EN-Report-Progress.pdf>.
3. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006;368(9550):1887-92.
4. Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. January 2012. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf.
5. Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. Enero de 2012. http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf.
6. Cohen S. Facts and consequences: legality, incidence and safety of abortion worldwide. *Guttmacher Policy Review* 2009;12(4). <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.html>.
7. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Family Planning Perspectives* 1995;27(4): 142-8,185.
8. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, et al. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. *Reproductive Health Matters* 2005;13(26):75-83.
9. Beckman LJ, Harvey SM. Experience and acceptability of medical abortion with mifepristone and misoprostol among US women. *Women's Health Issues* 1997;7(4): 253-62.
10. Winikoff B, Sivin I, Coyaji K. The acceptability of medical abortion in China, Cuba and India. *International Family Planning Perspectives* 1997;23:73-78,89.
11. International Planned Parenthood Federation. Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo. www.ippfwhr.org/sites/default/files/guia%20IPPF%20final.pdf.
12. Gomperts RJ, 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: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008;115(9):1171-5.
13. Gynuity Health Projects. Providing medical abortion in low-resource settings: an introductory guidebook. New York: Gynuity Health Projects, 2009. http://gynuity.org/downloads/clinguide_mguide2nd_edition_en.pdf.
14. Swica Y, Raghavan S, Bracken H, et al. Review of the literature on patient satisfaction with early medical abortion using mifepristone and misoprostol. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2011;6(4):451-68.
15. Winikoff B, Sivin I, Coyaji KJ, et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;176(2):431-7.
16. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reproductive Health Journal* 2012;9(1):34. <http://>

- www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-9-34.pdf.
17. Barbosa R, Arilha M. The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning* 1993;24(4):236-40.
 18. Costa SH. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998;63(Suppl 1):S131-9.
 19. Távora Orozco L, Chávez S, Grossman D, et al. Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. Lima: CLACAI, 2011. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/173>.
 20. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI); Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Misoprostol: regulaciones y barreras en el acceso al aborto legal. 2013. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/489>
 21. Gynuity Health Projects. Map of misoprostol approval, 2011-2013. http://gynuity.org/downloads/mapmiso_sp.pdf.
 22. Gordon P, Boler T, Burgin J, et al. What women want: meeting the global demand for medical abortion. London: Marie Stopes International, 2010. <http://www.mariestopes.org/sites/default/files/What-Women-Want-Summary.pdf>.
 23. Asociación por los Derechos Civiles. Aborto no punible. El fallo "F., A.L. s/ medida autosatisfactiva" ¿qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/425>.
 24. Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población* 2009;87:95-120.
 25. Romero M, Ábalos E, Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Hoja Informativa n° 8. Buenos Aires: OSSyR, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, marzo de 2013. http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf.
 26. Lie M, Robson S, May C. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research* 2008;8:150. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-150.pdf>.
 27. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, et al. El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú. Population Council y Gynuity Health Projects, 2005. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/50>.
 28. Espinoza H, Ellertson CH, García S, et al. Medicamentos para la interrupción de la gestación: una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. *Gaceta Médica de México* 2002;138(4):347-56.
 29. Pecheny M. Yo no soy progre, soy peronista. In: Bergallo P, ed. *Aborto y Justicia Reproductiva*. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2011. p.91-114.
 30. Ramos S, Romero M, Arias Feijó J. El aborto inducido en la Argentina: ¿un viejo problema con un nuevo horizonte? In: Bergallo P, editor. *Aborto y Justicia Reproductiva*. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2011. p.57-90.
 31. Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto. Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Buenos Aires: Editorial El Colectivo, 2010. www.abortoonpastillas.info.
 32. La Revuelta. Cómo hacerse un aborto con pastillas. 2012. <http://sinclaset09.wix.com/aborto-misoprostol>.
 33. Vázquez S, Gutiérrez MA, Calandra N, et al. El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. In: Checa S, editor. *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2008. p.277-97.
 34. Carbajal M. El aborto en debate: aportes para una discusión pendiente. Buenos Aires: Paidós, 2009.
 35. Zurbriggen R, Anzorena C. El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible. Buenos Aires: Ediciones Herramienta, 2013.
 36. Zamberlin N, Gianni MC. El circuito del misoprostol: un estudio de las respuestas a la demanda de medicamentos abortivos en farmacias privadas. *Revista Medicina* 2007;67(Suppl.1):67.
 37. Carril Berro E, López Gómez A. Entre el alivio y el dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Montevideo: Trilce, 2008. http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/publicaciones/entre_el_alivio_y_el_dolor.pdf.
 38. Silva M. Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Montevideo: Médicos del Mundo, 2014. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/536>.