

Declaración del IMAP sobre el autocuidado del aborto

Introducción

Esta declaración ha sido elaborada por el Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP) y fue aprobada en mayo de 2021.

Esta declaración apoya el compromiso de la IPPF de mejorar el acceso a la atención relacionada con el aborto para todas las personas y de crear un entorno social, político y jurídico favorable para el aborto, mediante la oferta de orientación e información sobre el **autocuidado del aborto**. Se trata de un enfoque basado en la evidencia que permite a las mujeres, a las niñas y a todas las personas con capacidad para embarazarse¹, realizar sus derechos sexuales y reproductivos, prevenir la mortalidad y la morbilidad asociadas al aborto inseguro, superar las restricciones legales coercitivas y los sistemas de salud inadecuados, y, al mismo tiempo, desafiar las normas sociales perjudiciales y las estructuras patriarcales.

Guiada por la evidencia y las prácticas existentes, esta declaración proporciona recomendaciones prácticas para las Asociaciones Miembro de

la IPPF y otros actores de la salud sexual y reproductiva sobre cómo gestionar la atención relacionada con el aborto, alejándose de un enfoque medicalizado y dirigido por las personas prestadoras de servicios, dentro de un modelo centrado en las personas, que empodera a cada una y es apoyado por los colectivos comunitarios y las redes sociales, aunque todavía respaldado por el sistema de salud siempre que sea necesario o requerido. Esta declaración también sirve como herramienta de incidencia para crear un entorno propicio para el autocuidado del aborto.

Comprender el autocuidado del aborto

En términos generales, el autocuidado abarca “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir y hacer frente a la enfermedad y la discapacidad con o sin el apoyo de una persona prestadora de servicios de salud”.¹ El autocuidado no es un concepto nuevo, ni se aplica exclusivamente al aborto. El personal de

¹Este documento incluye a las mujeres y las niñas, y a todas las personas que pueden embarazarse, incluidas las personas intersexuales, los hombres y niños transgénero, y las personas con otras identidades de género que pueden tener capacidad reproductiva para embarazarse y abortar. A efectos de este documento, las referencias a “mujeres y niñas” se usan para todas las personas que tienen capacidad para embarazarse.

salud y las personas expertas en salud llevan décadas promoviendo y fomentando este planteamiento, y más aún cuando la tecnología favorece cada vez más el acceso directo a la información, lo que permite a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud y asumir el control de la implementación de tareas de salud específicas.

En el ámbito del aborto, no existe una única forma de definir el autocuidado; sin embargo, es esencial reconocer que muchas partes interesadas asocian el concepto principalmente a la autoadministración del aborto con medicamentos. Con el creciente acceso a pruebas de embarazo de alta sensibilidad y la disponibilidad de píldoras abortivas sencillas, seguras y muy eficaces (misoprostol solo, o mifepristona y misoprostol combinados), cada vez más mujeres y niñas tienen la opción de interrumpir un embarazo de forma segura y eficaz, con o sin la participación de una persona prestadora de servicios de salud.ⁱⁱ

La IPPF entiende el autocuidado del aborto como el derecho de las mujeres y las niñas a dirigir, en parte o en su totalidad, su proceso de aborto, con o sin el apoyo de las personas prestadoras de servicios de salud.²

Por lo general, esto incluye la autoadministración del aborto con medicamentos, pero también podría significar estar a cargo de otros aspectos del proceso de aborto, como la atención postaborto o la decisión de involucrar (o no) a otras partes interesadas a lo largo del proceso (es decir, doulas de aborto;³ pares; farmaceutas).

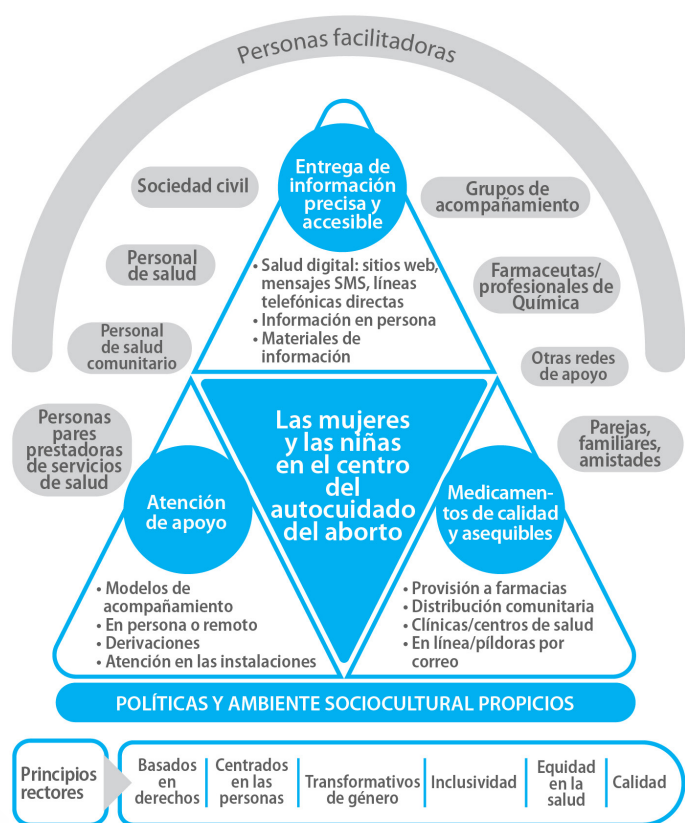
El autocuidado del aborto se basa en los siguientes principios:

- **Basado en derechos:** la integridad y la autonomía corporales son un derecho humano fundamental, que está en el centro de los derechos sexuales y de la justicia de género y reproductiva. El derecho de las personas de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y sus funciones reproductivas está en el centro de sus derechos fundamentales a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación, la información y el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico.ⁱⁱⁱ
- **Centrado en las personas:** ofrecer opciones que se ajusten a las necesidades, las preferencias y las experiencias vividas por las personas favorece su autoeficacia para controlar su vida y sus decisiones, y para hacer frente al estigma del aborto y al silenciamiento que conlleva.
- **Transformativo de género:** todas las mujeres y niñas tienen derecho a abortar, de manera que se respeten sus derechos, su autonomía, su dignidad y sus necesidades, teniendo en cuenta sus experiencias y circunstancias vividas, situando a la persona en el centro, potenciando la toma de decisiones y el control sobre sus vidas, y desafiando las normas, los roles y los estereotipos de género que estigmatizan la autonomía reproductiva de las mujeres.^{iv}
- **Inclusividad:** todas las personas que puedan necesitar un aborto deben tener acceso a una atención que tenga en cuenta sus necesidades únicas, independientemente de las diferencias visibles o invisibles.^v
- **Calidad:** la atención prestada debe estar en consonancia con las pruebas disponibles y las necesidades, valores y preferencias de las personas usuarias, sin estigmas y con compasión y empatía.

²Las personas que se enfrentan a abortos espontáneos, abortos incompletos y muertes fetales intrauterinas también pueden decidir dirigir –cuando se considere seguro y en función de las especificidades del caso– partes del proceso de aborto.

³Personas capacitadas para proporcionar apoyo emocional, físico e informativo, libre de estigma, durante y después de un procedimiento de aborto.

El autocuidado del aborto sitúa a las mujeres y a las niñas en el centro del proceso de aborto, como principales responsables de la toma de decisiones en el control de sus cuerpos. Sin embargo, múltiples partes interesadas también pueden desempeñar un papel para permitir y facilitar este enfoque, actuando sobre tres componentes de apoyo al autocuidado del aborto: a. Entrega de información precisa y accesible; b. Acceso a medicamentos de calidad y asequibles; y c. Prestación de servicios de apoyo:^{vi}



Autocuidado del aborto: ¡seguro, eficaz y deseado!

Las nuevas investigaciones sugieren que el aborto fuera del entorno médico es una forma en general **segura, eficaz y deseada** de interrumpir un embarazo.

Seguridad

El entorno más seguro para el aborto autogestionado es aquel en el que:

- Se apoya la alfabetización en salud de mujeres y niñas. Es decir, su capacidad para obtener, procesar y comprender información de salud basada en la evidencia, explorar sus opciones, hacer preguntas críticas sobre sus elecciones y participar activamente en las decisiones y las tareas relativas a su atención.
- La atención médica es accesible cuando se elige y se necesita, con mecanismos de remisión para que las mujeres accedan a la atención en la clínica, incluyendo en caso de complicaciones o para servicios complementarios.^{vii}
- Las mujeres y las niñas tienen acceso a píldoras abortivas de calidad, ya sea misoprostol solo o un paquete combinado de mifepristona y misoprostol.
- Las mujeres y las niñas tienen las condiciones necesarias para practicarse un aborto con el nivel de privacidad deseado.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las personas puedan autoadministrarse los medicamentos de mifepristona y misoprostol sin la supervisión directa de una persona prestadora de servicios de salud, hasta las 12 semanas de gestación.^{viii}

Una condición importante para la seguridad del aborto autoinducido es la capacidad de autodeterminar la edad gestacional. La evidencia ha demostrado que las mujeres, en diferentes contextos, geografías, niveles socioeconómicos

y educativos, son razonablemente buenas para estimar la edad gestacional basándose en la fecha de su última menstruación (FUM), sin necesidad de un examen físico o una ecografía.^x Algunas mujeres con condiciones personales o médicas específicas pueden tener dificultades para estimar la edad gestacional, en cuyo caso pueden beneficiarse del apoyo de la clínica o del laboratorio.

Recursos recomendados: para obtener más información sobre las evidencias que apoyan el aborto con medicamentos autoadministrado y los protocolos, consulte las siguientes directrices de la OMS:

- Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1
- Tratamiento médico del aborto <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

Eficacia

Esta declaración está dirigida a personas proveedoras de servicios, defensoras, miembros de los programas, a cargo de la gestión y voluntarias de las Asociaciones Miembro y el Secretariado de IPPF, y otras organizaciones de SDRS y mujeres.

Una reciente revisión sistemática de alcance de la investigación revisada por pares encontró que los estudios que informan sobre el aborto autogestionado con medicamentos registraron altos niveles de efectividad.^x

La eficacia de las intervenciones específicas de autocuidado del aborto también ha sido documentada por estudios recientes:

- La mayoría de las mujeres y niñas que autogestionan sus abortos facilitados a través de las farmacias informan de una gran

eficacia sin intervenciones quirúrgicas y están dispuestas a volver a utilizar este servicio si fuera necesario. El reto de este modelo es la calidad de la información proporcionada por farmaceutas, especialmente en lo que se refiere al horario de la toma y la dosis de los medicamentos (por lo general, misoprostol). Por lo tanto, es necesario trabajar más en términos de proveer a farmaceutas y a quienes venden los medicamentos la información correcta.^{xi xii}

- Un estudio realizado en Uruguay demostró que los servicios prestados según un modelo conocido como **“modelo de reducción de daños”** contribuyeron a reducir la mortalidad materna. En este modelo, las personas prestadoras de servicios ofrecen información y atención basada en evidencias y derechos antes y después de un aborto, en la medida en que lo permite la ley, y las mujeres y niñas autogestionan el procedimiento en sí, es decir, toman las píldoras abortivas por su cuenta.^{xiii} Un estudio realizado en el Centro de Salud de Buguruni, en Tanzania, que adaptó el modelo de reducción de daños al contexto local, demostró que este tipo de servicios son factibles y aceptables, y podrían brindar la oportunidad de reducir los abortos inseguros.^{xiv}
- La investigación también indica que los **grupos de acompañamiento** –redes de activistas/personas voluntarias/pares que proporcionan información paso a paso sobre cómo autogestionar un aborto de forma segura– son muy apreciados por las mujeres que se autoadministran los medicamentos para un aborto y pueden proporcionar la información técnica y el apoyo emocional que garanticen abortos seguros y completos con pocas o ninguna complicación.^{xv} Del mismo modo, las investigaciones han demostrado que la distribución comunitaria de misoprostol, que permite el autocuidado del aborto, puede apoyar de forma segura y eficaz la atención relacionada con el aborto.^{xvi}

Las líneas telefónicas de atención al aborto y los sitios web han demostrado ser muy eficaces para facilitar los abortos autogestionados, ya que la mayoría de las mujeres no presentan ninguna complicación ni requieren una intervención quirúrgica después de tomar las píldoras abortivas. Estos centros de información han demostrado tener un impacto positivo en el acceso de las mujeres al aborto seguro, tanto en contextos legales como en los legalmente restringidos.^{xvii}

A menudo una alternativa deseada

Los datos indican que en algunos entornos hasta el 70 % u 80 % de los abortos son autogestionados.^{xviii} En entornos legal o socialmente restrictivos, o para quienes viven en entornos humanitarios, el autocuidado del aborto puede no ser siempre la opción preferida, sino la única disponible.

Un sólido conjunto de estudios cualitativos muestra que el autocuidado del aborto es a menudo una alternativa **deseada** por algunas mujeres; porque es asequible, implica una reducción de las necesidades de transporte, facilidad de programación, intervención más temprana en el embarazo, privacidad, reducción del estigma, sensación de control, comodidad y un acceso más fácil para las personas con movilidad restringida (por ejemplo, desde personas refugiadas hasta personas con discapacidad).^{xix xx xxi xxii}

Lo que no es el autocuidado del aborto

- El autocuidado del aborto no es un enfoque que elimina el deber de atención del sistema

de salud formal. El sistema de salud formal debe facilitar el acceso a la información, los servicios, los productos básicos y las remisiones, según sea necesario y deseado, dentro del marco legal y político nacional.

- El autocuidado del aborto no es un enfoque impulsado por el objetivo de reducir los costos para el sistema de salud. Si bien es cierto que los estudios sobre las intervenciones de autocuidado destacan su potencial para ahorrar recursos tanto para las personas usuarias como para el sistema de salud,^{xxiii} el autocuidado del aborto debe estar fuertemente guiado por un enfoque centrado en las personas y por la evidencia existente sobre su seguridad y eficacia.
- El autocuidado del aborto no es un enfoque que socave o elimine los esfuerzos de incidencia para ampliar el acceso legal al aborto. La despenalización del aborto sigue siendo esencial para garantizar que todas las personas puedan ejercer el derecho a un aborto seguro y digno, en sus propios términos e informado por los valores y las necesidades más importantes para ellas, y para garantizar que el personal de salud pueda cumplir con su deber de atención sin temor a ser perseguido.
- El autocuidado del aborto no es un enfoque que se limite a entornos legalmente restringidos o a entornos humanitarios. Sin embargo, en estos contextos, puede desempeñar un papel importante en el aumento del acceso, la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociadas a los procedimientos inseguros, y la transformación de las narrativas negativas del aborto y el estigma. Incluso en contextos con servicios legales, de calidad e integrales ampliamente disponibles, algunas mujeres y niñas pueden preferir o necesitar el autocuidado del aborto. Un ejemplo concreto es el contexto de la pandemia del COVID-19, ya que las mujeres y las niñas han visto restringida su movilidad, lo que ha afectado a su capacidad para acceder a los servicios relacionados con el aborto en los centros.

Recomendaciones para las Asociaciones Miembro y otras organizaciones sobre cómo apoyar el autocuidado del aborto

1. Transformar la política y la legislación para crear un entorno que permita el autocuidado del aborto como parte de un sistema de salud de apoyo a la atención relacionada con el aborto.

- Abogar por que los gobiernos eliminen el aborto del código penal y pongan fin a las sanciones penales para las mujeres que autogestionan su proceso de aborto.
- Abogar por que las normativas y directrices nacionales integren explícitamente el aborto autogestionado como una vía legítima y permisible para la atención relacionada con el aborto.
- Trabajar con los gobiernos para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de productos de calidad para el aborto con medicamentos, con la inclusión de la mifepristona y el misoprostol en los documentos de orientación sobre políticas y servicios, las listas de medicamentos esenciales y los catálogos de adquisición.
- Abogar por que los productos de aborto médico sean gratuitos o subvencionados para las poblaciones pobres y marginadas.
- Abogar por la retirada de las regulaciones innecesarias sobre la provisión de productos para el aborto con medicamentos, y abogar por la venta sin receta de dichos medicamentos.
- Trabajar con los gobiernos para ampliar el acceso a las fórmulas genéricas de los productos de aborto con medicamentos y promover la disponibilidad en el sector público y la fijación de precios competitivos en el mercado privado, lo que incluye innovaciones en las opciones del mercado minorista, como la agrupación de pruebas de embarazo y productos de aborto con medicamentos.^{xxii}
- Abogar por la erradicación de la censura de la información en línea sobre el aborto basada en evidencia para mejorar la capacidad de las personas de tomar decisiones seguras en cualquier lugar y contexto.

- Abogar por la implementación de estrategias de prestación de servicios que eliminen las barreras de acceso para las mujeres y niñas que deciden involucrar a las personas prestadoras de servicios de salud en el proceso de aborto.
- El autocuidado puede complementarse, por ejemplo, con el reparto de tareas a personas trabajadoras de salud de nivel medio o con apoyo clínico o emocional guiado por telemedicina, supervisión o consejería.

2. Mejorar el conocimiento y las actitudes en torno al autocuidado del aborto y catalizar el cambio sociocultural creando narrativas positivas y movimientos sociales para eliminar el estigma.

- Desarrollar campañas públicas para aumentar los conocimientos de salud sobre la atención del aborto e informar a las personas sobre el derecho de gestionar su atención, sobre la base de la evidencia disponible y dentro de las restricciones de su contexto legal. La información debe estar disponible en las lenguas locales y en un formato que apoye las necesidades/prácticas de búsqueda de información de las poblaciones ignoradas, como las mujeres con discapacidades, las refugiadas, las mujeres indígenas y las trabajadoras sexuales, entre otras.
- Desarrollar mensajes y narrativas positivas sobre el autocuidado del aborto, incluyendo en respuesta a las preocupaciones o la oposición al autocuidado del aborto por parte de una serie de actores. Esto podría incluir la elaboración de hojas informativas para abordar los mitos y los conceptos erróneos más comunes, y el uso de evidencias y argumentos basados en los derechos para contrarrestar la oposición.
- Incluir contenidos sobre la agencia, el autocuidado y el estigma del aborto como parte de los programas de educación integral de la sexualidad basados en evidencia y su divulgación entre las personas jóvenes.
- Implementar procesos participativos para recolectar las historias de las personas que han

experimentado el autocuidado del aborto, así como de aquellas que han desempeñado un papel en la facilitación del autocuidado del aborto. Difundir estas historias en los espacios pertinentes.

- Involucrar a organizaciones aliadas, incluidos grupos feministas, organismos profesionales de personas prestadoras de servicios de salud e instituciones médicas y de enfermería, para crear una red diversa de personas defensoras del autocuidado del aborto.
- Generar espacios seguros para el diálogo entre el personal de salud y los grupos que lideran la conversación y la implementación del autocuidado del aborto, para discutir los desafíos y las oportunidades de colaboración.
- Involucrar a estudiantes de profesiones relacionadas con la salud en diálogos sobre el autocuidado. Esto contribuye al cambio a largo plazo, a la transformación gradual de la relación entre la persona prestadora de servicios y la persona usuaria, y a la desmedicalización de cuestiones que, aunque relacionadas con la salud, tienen el potencial de ser gestionados fuera del sistema de salud.
- Educar a la comunidad médica sobre la seguridad y la eficacia del autocuidado del aborto, con el fin de reducir la preocupación clínica innecesaria, la sobremedicalización y el tratamiento excesivo de las personas usuarias, y la estigmatización o criminalización de las mujeres que buscan atención relacionada con el aborto.
- Apoyar las iniciativas de compromiso de la comunidad que podrían ayudar a crear confianza en los sistemas/las estructuras que permiten y facilitan el autocuidado del aborto, es decir, trabajar con líderes y lideresas de la comunidad y los medios de comunicación locales para asegurar que apoyan a los grupos de acompañamiento dirigidos localmente.
- Participar en foros que pretenden catalizar un cambio social sostenible para las mujeres, y normalizar y facilitar el autocuidado del aborto.

3. Poner en práctica modelos de atención centrados en la persona y adaptados a la demanda que apoyen y capaciten a la persona a lo largo de una experiencia de autocuidado del aborto.

- A través de la colaboración con personas expertas en derecho, evaluar su marco legal para entender cómo el marco normativo apoya o restringe las iniciativas de autocuidado del aborto. Deben entenderse todas las restricciones para crear estrategias de mitigación de riesgos y, al mismo tiempo, apoyar a las mujeres y niñas en su proceso de aborto.
- Hacer un mapa de las intervenciones existentes que permiten o limitan el autocuidado del aborto en sus áreas geográficas de actuación. Evite la duplicación de esfuerzos al asociarse con otras partes interesadas afines.
- Revisar los puntos fuertes, las iniciativas y los modelos de atención existentes en su organización y considere cómo pueden adaptarse para integrar componentes de apoyo al autocuidado del aborto. Por ejemplo, se podría aprovechar una sólida red de personal de salud de la comunidad para crear una red de acompañamiento para el autocuidado del aborto. Un modelo de línea telefónica de atención o servicio de telemedicina existente podría adaptarse para incluir un equipo dedicado a proporcionar información y apoyo a las mujeres que emprenden el autocuidado del aborto.
- Sobre la base de los resultados del trabajo de mapeo y evaluación, desarrollar intervenciones para proporcionar apoyo basado en la demanda para las personas que eligen el autocuidado del aborto a través de enfoques innovadores, teniendo en cuenta los tres componentes principales de apoyo para el autocuidado:
 - **Entrega de información precisa y accesible** sobre el aborto y, en particular, sobre el aborto con medicamentos (dosis, régimen, contraindicaciones, efectos

secundarios y signos de complicaciones). Las estrategias pueden incluir líneas telefónicas de atención, contacto con pares, sitios web o remisión a otras fuentes fiables de información y apoyo.

- **Acceso a píldoras abortivas de calidad.** Las estrategias pueden incluir la prescripción digital, la colaboración con farmaceutas y el envío de píldoras por correo o distribuidas por personal de salud de la comunidad.
- **Proporcionar cuidados de apoyo durante el proceso de autocuidado.** Las estrategias pueden incluir la adaptación de los protocolos clínicos para garantizar la preparación para satisfacer las necesidades de una mujer en cualquier momento de su proceso de aborto; la prestación de consejería sobre el aborto cuando se solicite; el establecimiento de redes de remisión en caso de dudas o para el tratamiento de complicaciones; y la atención postaborto u otros servicios pertinentes, según sea necesario.
- Reforzar la capacidad de su organización para llevar a cabo programas de autocuidado del aborto. Por ejemplo, actualizar las políticas y directrices institucionales sobre el aborto para incluir el autocuidado, llevar a cabo ejercicios de aclaración de valores para el personal y las personas voluntarias a todos los niveles, con el fin de crear apoyo y compromiso para el autocuidado del aborto, y proporcionar capacitación a las personas prestadoras de servicios de salud sobre cómo proporcionar atención centrada en la persona a una mujer que se autogestiona un aborto.
- Debe prestarse especial atención a la hora de apoyar el autocuidado del aborto para los grupos vulnerables, incluidas las adolescentes muy jóvenes, las mujeres con discapacidades, las trabajadoras sexuales, las mujeres sometidas a violencia de género, los hombres transgénero o trans, y las mujeres sometidas a la trata de personas.
- Los servicios clínicos, psicosociales y de protección deben estar a disposición de

los grupos vulnerables, para atender otras necesidades de salud sexual y reproductiva antes, durante o después del aborto.

- Recolectar datos sobre la seguridad, la eficacia y la aceptabilidad de las intervenciones de autocuidado para mejorar la programación y apoyar los esfuerzos de incidencia. Esto puede incluir la investigación operativa sobre cómo mejorar la experiencia de las mujeres con el aborto autogestionado, cómo superar las barreras y los desafíos para facilitar el autocuidado del aborto, y la contribución del autocuidado del aborto en la reducción del estigma, en el aumento en la autoeficacia y en la catalización del cambio sociocultural.

Debe prestarse especial atención a la hora de apoyar el autocuidado del aborto para los grupos vulnerables, incluidas las adolescentes muy jóvenes, las mujeres con discapacidades, las trabajadoras sexuales, las mujeres sometidas a violencia de género, los hombres transgénero o trans, y las mujeres sometidas a la trata de personas.

4. Recomendaciones sobre el autocuidado del aborto durante la pandemia de COVID-19 y las crisis humanitarias.

- Garantizar que las cadenas de suministro que apoyan la distribución de píldoras abortivas sigan funcionando.
- Establecer alianzas con actores humanitarios para la entrega de suministros de aborto con medicamentos y anticonceptivos, así como información precisa y completa sobre el uso de píldoras abortivas.
- Acelerar el desarrollo de iniciativas digitales centradas en proporcionar información basada en evidencia sobre el aborto y los servicios relacionados con el aborto, para garantizar

que las opciones reproductivas de las mujeres no se vean socavadas como resultado de las circunstancias que limitan su movilidad.

Recursos recomendados

- Ellas a cargo: Aborto con medicamentos y la vida de las mujeres – Un llamado a la acción https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-09/IPPF_Her_In_Charge_Report_2018_Spanish.pdf
- Base de datos de productos para aborto con medicamentos de IPPF (en inglés) <http://medab.org/>
- Self-care interventions communications toolkit https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/WHO-Self-Care-SRHR-Comms_Kit.pdf
- Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf?ua=1>
- Sitios web de información basada en evidencia: www.womenonweb.org, www.womenhelp.org, www.safe2choose.org.

IPPF, como organización global proveedora de servicios y defensora líder de la atención de la salud sexual y reproductiva, promete mantener su compromiso de proveer atención relacionada con el aborto que sea sensible al género, basada en los derechos e integral, para todas las personas, y trabajar en alianza con otras entidades para asegurar que se establezcan las condiciones y las estructuras para ayudar a las mujeres a acceder a abortos seguros de la manera que mejor funcione para sus vidas.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Marcela Rueda Gomez, Josephine Mugishagwe y Rebecca Wilkins por redactar esta declaración, y a la Dra. France Anne Donnay, la Prof. Kristina Gemzell Danielsson, la Dra. Raffaella Schiavon, el Prof. Oladapo Alabi Ladipo, el Prof. Michael Mbizvo y la Prof. Hextan Yuen Sheung Ngan por sus aportes técnicos y su guía como revisores principales. También agradecemos a Seri Wendoh, Karthik Srinivasan, Manuelle Hurwitz, las personas en la Dirección de Programas de la IPPF, y colegas de otras Asociaciones Miembro y el Secretariado

de IPPF por sus aportes y sus revisiones de este documento. Finalmente, reconocemos y agradecemos el apoyo del Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP) de la IPPF: Dr. Ian Askew, Anneka Knutsson, Dra. France Anne Donnay, Prof. Kristina Gemzell Danielsson, Dra. Raffaella Schiavon, Prof. Oladapo Alabi Ladipo, Prof. Michael Mbizvo (Presidente), Janet Meyers y Prof. Hextan Yuen Sheung Ngan, por su invaluable y oportuna guía, y por las revisiones ofrecidas durante el proceso de desarrollo.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es una organización global proveedora de servicios y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
United Kingdom

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
email: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido
n.º 229476

Publicación: junio de 2021

Referencias

- ⁱ Organización Mundial de la Salud (2021) *Self-care interventions for health*. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1 (Último acceso el 21 de abril de 2021).
- ⁱⁱ Ipas (2021) *Abortion self-care*. Disponible en: <https://www.ipas.org/our-work/abortion-self-care/> (Último acceso el 21 de abril de 2021).
- ⁱⁱⁱ Asamblea General de la ONU (1966) *International Covenant on Civil and Political Rights*. Disponible en: www.refworld.org/docid/3ae6b3aa0.html (Último acceso el 23 de abril de 2021).
- ^{iv} Federación Internacional de Planificación de la Familia (2017) *Gender Equality Strategy*. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/ippf-2017-gender-equality-strategy> (Último acceso el 21 de abril de 2021).
- ^v Organización Mundial de la Salud (2021) *Social determinants of health*. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3 (Último acceso el 21 de abril de 2021).
- ^{vi} Pizzarossa L., and Nandagiri R. (2021) "Self-managed abortion: a constellation of actors, a cacophony of laws?", *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), pp. 1-8 <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1899764>
- ^{vii} Conti J., Cahill E. (2019) "Self-managed abortion", *Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology*, 31(6), pp. 435-440. doi:10.1097/GCO.0000000000000585
- ^{viii} Organización Mundial de la Salud (2018) *Social determinants of health*. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/#:~:text=Medical%20management%20of%20abortion%20generally,effective%20and%20acceptable%20abortion%20care> (en inglés). (Último acceso el 21 de abril de 2021).
- ^{ix} Schonberg D., et al. (2014) "The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: a systematic review", *Contraception*, 90(5), pp. 480-487 doi: 10.1016/j.contraception.2014.07.004
- ^x Moseson H., et al. (2020) "Self-managed abortion: A systematic scoping review", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, pp. 87-110 doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002>
- ^{xi} Stillman M, et al. (2020) "Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: a prospective cohort study in Lagos State, Nigeria", *BMJ Open*, 10(e034670), pp. 1-10 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034670>
- ^{xii} Tamang A., Puri M., Lama K., Shrestha P. (2014) "Pharmacy workers in Nepal can provide the correct information about using mifepristone and misoprostol to women seeking medication to induce abortion", *Reprod Health Matters*, 22 (44 Suppl 1), pp. 104-115 doi: [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(14\)43785-6](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(14)43785-6)
- ^{xiii} Labandera A., Gorgoroso M., y Briozzo L. (2016) "Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134 (1), pp. S7-S11 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.007>
- ^{xiv} Kahabuka C., Pembe A., y Meglioli A. (2016) "Provision of harm-reduction services to limit unsafe abortion in Tanzania", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 136, pp. 210-214 doi: 10.1002/ijgo.12035
- ^{xv} Zurbriggen R., Keefe-Oates B., Gerdtz C. (2018) "Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina", *Elsevier Incorporated*, 97 (2), pp. 108-115 doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.170>
- ^{xvi} Foster A., Arnott G., Hobstetter M. (2017) "Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border", *Contraception*, 96 (4) doi: 10.1016/j.contraception.2017.06.006.
- ^{xvii} Drovetta, R. (2015) "Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America", *Reproductive Health Matters*, 23(45), pp. 47-57 doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>
- ^{xviii} Singh S. (2018) "The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015", 6(1), pp. 111-120 doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30453-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30453-9)
- ^{xix} Wainwright, M., Colvin, C., Swartz, A., Leon, N. (2016) "Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis", *Reproductive Health Matters*, 24 (47). pp. 155-167 doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.008>
- ^{xx} Assis M. y Larrea, S. (2020) "Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic", *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1) doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1779633>
- ^{xxi} Baiju N., et al. (2019) "Effectiveness, safety and acceptability of self-assessment of the outcome of first-trimester medical abortion: a systematic review and meta-analysis", *BJOG*, 126, pp. 1536-1544 doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15922>
- ^{xxii} Moseson H., et al. (2020) "Self-managed abortion: A systematic scoping review", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, pp. 87-110 doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002>
- ^{xxiii} Remme M., et al. (2019) "Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing", *BMJ*, 365 (l1228), doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l1228>