

Aborto medicamentoso

Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina

Medical abortion

Activist transfers and knowledge transnationalization in Argentine and Latin America

Sandra Salomé Fernández Vázquez | ORCID: orcid.org/0000-0003-2551-3569
sandrasalo.fernandez@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Lucila Szwarc | ORCID: orcid.org/0000-0003-4742-7696
luli105@hotmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Recibido: 30/06/2018

Aceptado: 06/09/2018

Resumen

Nos proponemos esbozar una genealogía del uso del misoprostol en Argentina y caracterizar los modelos de acompañamiento y consejerías en aborto desde organizaciones feministas y el sistema público de salud. Describimos los diversos procesos que dan lugar a la difusión de la práctica y los saberes sobre el uso abortivo del misoprostol en Argentina, particularmente la apropiación experimental que hacen las propias mujeres, las consejerías pre y post aborto del sistema público de salud y las iniciativas de difusión de la información y acompañamientos en aborto desde el feminismo. Estos procesos de transnacionalización y transferencias culturales de saberes y abordajes dan lugar a modelos locales aparentemente antagónicos: un modelo de salud pública, con la reducción de la mortalidad materna como argumento principal que le otorga biolegitimidad, y otro modelo centrado en el cuestionamiento a la caracterización hegemónica del aborto como un “mal”, que busca instalar un discurso herético. En la práctica, veremos cómo estos modelos coexisten conformando un *continuum* de discursos y prácticas militantes que buscan garantizar derechos y modificar los sentidos establecidos.

Palabras clave: Aborto medicamentoso, Reducción de riesgos y daños, Movimiento feminista.

Abstract

In this study, we aim to outline a genealogy of the use of misoprostol in Argentina and characterize the models of accompanying and counseling in abortion by feminist organizations and the public health system. We describe the different processes that lead to the dissemination of practice and knowledge about the abortive use of misoprostol in Argentina, in particular the experimental self-appropriation by women, the pre and post abortion counseling in the public health system and the role of feminist organizations in the dissemination of information and the support in abortion. These processes of transnationalization and cultural transfers of knowledge and approaches lead to local models in Argentina that seem antagonistic. On the one hand, there is the public health model, whose main argument is the reduction of maternal mortality, which gives it biolegitimacy. On the other, a model that questions the hegemonic definition of abortion as something wrong. The latter model intends to install a heretical discourse. In practice, we will see how these models coexist forming a *continuum* of discourses and militant practices that seeks to ensure rights and modify the dominant meanings.

Keywords: Medical abortion, Risk and harm reduction model, Feminist movement.

Introducción

Durante 2018, el aborto se instala como un tema de debate central en Argentina, cuando la exigencia de su legalización y despenalización se configuran como reclamos legítimos en la esfera pública. La ebullición que acontece mientras escribimos estas líneas, dónde las discusiones en las Cámaras de Diputados y Senadores se acompañan de movilizaciones multitudinarias de amplios sectores sociales, comienza a cobrar fuerza a comienzos del 2018. En un primer momento, esta creciente visibilidad se expresa en el tratamiento del tema, entre otros espacios, en programas de televisión masivos. El 5 de febrero de 2018, la mención del término **misoprostol** en el programa de televisión *Intrusos*, por la invitada conocida como **Señorita Bimbo**, genera que el nombre del medicamento sea una de las principales búsquedas de *Google* de la jornada.

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina, diseñado para el tratamiento de las úlceras gástricas. Diversos organismos internacionales y sociedades médicas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), recomiendan también su uso obstétrico, tanto para la inducción del parto como para la práctica de abortos y el tratamiento de la hemorragia postparto (OMS, 2012; FLASOG, 2013). Dado que el misoprostol tiene diversos usos, no sólo obstétricos, se encuentra registrado y se comercializa en América Latina, a diferencia de la mifepristona. Pero su popularidad se debe a su uso abortivo: este fármaco, utilizado en las dosis recomendadas (tres dosis de 800 mcg para provocar un aborto en el primer trimestre de gestación), genera contracciones uterinas y la posterior expulsión de su contenido (OMS, 2012).

La mifepristona es un antiprogéstágeno que inhibe la acción de la progesterona y, en consecuencia, impide la continuación de un embarazo. Fue diseñada en 1984 por el laboratorio Roussel-Uclaf con la finalidad de interrumpir embarazos durante el primer trimestre de gestación (Baulieu, 1990). Se recomienda la administración de mifepristona junto con misoprostol, combinación que ha demostrado una alta efectividad.

En la mayoría de los países de América Latina no hay acceso legal a la mifepristona. Sólo en Uruguay, en Ciudad de México y, desde marzo de 2017, en Colombia, las agencias de regulación correspondientes han aprobado el registro de la droga (Zurbriggen, 2017). La falta de acceso a la mifepristona de forma legal supone que

gran parte de los abortos medicamentosos en América Latina se realicen exclusivamente con misoprostol¹. A pesar de esta barrera, el aborto con medicamentos se ha convertido en una alternativa segura y económica, en una región en la que la penalización de la práctica condena a las mujeres a la clandestinidad y a asumir costos excesivos para poder acceder a un aborto seguro.

En Argentina, la **Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica** (en adelante, **ANMAT**) ha aprobado dos presentaciones de medicamentos que contienen misoprostol: por una parte, una presentación de 25mcg, del **Laboratorio Domínguez S.A.**, que se distribuye exclusivamente en el ámbito hospitalario y cuya aprobación incluye el uso obstétrico; y por otra parte, la presentación de 200mcg, del **Laboratorio Beta (Oxaprost®)**, que se comercializa en combinación con diclofenac (de 75mg o 50mg), cuyo uso aprobado es el tratamiento de la artritis reumatoidea². Esta última presentación es la que se usa para abortar, tanto en los abortos legales (interrupciones legales del embarazo, **ILE**), en los que se hace un uso *off label* en el sistema público de salud, como en los casos en los que las mujeres lo utilizan en la clandestinidad.

Si bien en América Latina desde la década del 2000 se han multiplicado los estudios sobre experiencias de aborto, y particularmente sobre el uso del misoprostol (Vázquez *et al.*, 2006; Zamberlin y Gianni, 2008; Diniz y Correa, 2009; Zamberlin y Raiher, 2010) son escasos los estudios que dan cuenta de la historia de estas experiencias e inexistentes para el caso argentino. En el presente artículo nos proponemos esbozar una genealogía del uso del misoprostol en Argentina y caracterizar los modelos de acompañamiento y consejerías en aborto desde organizaciones y colectivas feministas y desde el sistema de salud. Estas prácticas se centran principalmente en brindar información a las mujeres y personas

¹ Si bien el misoprostol sí está registrado y aprobada su comercialización, las mujeres que lo usan para abortar lo hacen *off label*, porque está indicado con otros usos.

² El 2 de julio de 2018, **ANMAT** aprobó una disposición, la 6726/2018, en la que permite al Laboratorio Domínguez S.A. una nueva presentación de **MISOP** con una concentración de 200mcg de misoprostol (**MISOP200**). En esta disposición, se autoriza el uso obstétrico de esta presentación, aunque sólo se habilita su uso institucional y hospitalario, es decir, no habilita la venta en farmacia. Debido a que se trata de una disposición reciente, el **MISOP 200** todavía no está disponible ni figura en el vademécum de **ANMAT** en el que se incluyen todas las especialidades medicinales registradas.

gestantes sobre la utilización del misoprostol para el aborto inducido. Tomamos el caso de las consejerías pre y post aborto del sistema público de salud del **Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)** y las iniciativas feministas de líneas telefónicas, consejerías presenciales y acompañamientos a lo largo del proceso de aborto a nivel nacional³, particularmente los casos de **Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto** (en adelante, **Lesbianas y Feministas**) y de **Socorristas en Red**. Se trata de una tarea relevante en tanto los antecedentes que abordamos han contribuido fuertemente a la despenalización social del aborto, punta de lanza de las masivas movilizaciones de las que somos testigo.

El análisis que realizamos se centra en entrevistas en profundidad realizadas a informantes clave: profesionales de la salud del sistema público de salud del **AMBA** (entrevistas realizadas en diferentes períodos entre 2013 y 2017) y militantes del colectivo **Lesbianas y Feministas** (realizadas

³ La línea *Más información Menos Riesgos* es lanzada por el Colectivo **Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto**, con base en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero la atención de la misma tiene alcance nacional, así como la divulgación material (particularmente en los Encuentros Nacional de Mujeres) y online del Manual *Cómo hacerse un aborto con pastillas*. Asimismo, **Socorristas en Red** está conformada por *colectivas* presentes en gran parte del territorio federal. Para más información ver <http://socorristasenred.org/>.

en 2013)⁴. Asimismo, nos hemos servido de fuentes secundarias como investigaciones y publicaciones de los propios colectivos mencionados.

A continuación, proponemos en primer lugar un análisis genealógico, entendiendo la genealogía como una reconstrucción de las procedencias que no pretende reponer orígenes preestablecidos, linealidades ni causalidades de sentido. Nos proponemos más bien esbozar algunas líneas que permitan reflexionar sobre la multiplicidad de fenómenos fragmentados, yuxtapuestos, azarosos y dispersos (Foucault, 2004) que interpretamos como posibilitadores de los usos abortivos del misoprostol en Argentina. Encontramos procesos de transnacionalización de los saberes y de transferencias militantes que posibilitan la conformación de los abordajes de salud pública y de información y acompañamiento en aborto seguro. En segundo lugar, buscamos caracterizar estos modelos tanto en sus especificidades como en aquellos puntos donde encontramos un entramado común de prácticas y abordajes.

El análisis que realizamos en estas páginas parte de un conocimiento situado (Haraway, 2009) en el que se entremezclan nuestras experiencias de investigación y de militancia, dado que ambas pertenecemos entre 2014 y 2017 a espacios de acompañamiento en aborto, que eran parte de **Socorristas en Red**.

⁴ Las entrevistas en profundidad fueron realizadas en el marco de dos investigaciones de las autoras: por una parte, la tesis de maestría de Autora 1 (2013) y, por otra parte, la investigación de doctorado de Autora 2 (en curso).

Transferencias militantes y transnacionalización de los saberes

En las últimas dos décadas, a pesar de que en la mayoría de los países de América Latina el aborto está penalizado en su totalidad o permitido sólo en determinados casos, se ha producido una expansión del conocimiento y del uso abortivo del misoprostol, dentro y fuera del sistema de salud. La popularización de la práctica y la expansión de saberes, a través de distintas experiencias en la región, han ido por canales que han puesto en jaque las fronteras de los Estados y la regulación que, dentro de éstas, existe con respecto a la práctica del aborto. Las mujeres y otras personas gestantes⁵ de América Latina han

⁵ El uso de *mujeres y otras personas gestantes* o, en algunos casos, sólo *personas gestantes* remite a la necesidad de no obviar que en el reclamo por el derecho al aborto y en la práctica misma existen otras identidades políticas, a saber: varones trans, lesbianas, bisexuales y otras identidades no binarias, que no están incluidas en el significante *mujeres*, que habitualmente remite a mujeres cis heterosexuales.

abortado y abortan a pesar de las regulaciones restrictivas, y lo hacen con información y acompañamiento de organizaciones feministas y profesionales de la salud que se han nutrido de -y nutren a su vez- experiencias regionales. Se ha producido una transnacionalización de los saberes y relatos de experiencias (Autora 2, 2017) que han contribuido a que, en la actualidad, en la región, las mujeres puedan acceder a una práctica segura a pesar de la clandestinidad y la penalización del aborto (Jelinska y Yanow, 2018; Zurbriggen *et al.*, 2017).

En América Latina, tres factores convergen, se solapan y superponen para posibilitar el desarrollo de las consejerías y acompañamientos en aborto seguro. Si bien estos procesos se yuxtaponen y retroalimentan, los primeros estudios sobre el tema indicarían que las mujeres de sectores populares comienzan a utilizar el misoprostol para el aborto autoinducido antes de que

los feminismos o los/las profesionales de la salud comiencen a conocer y a difundir este uso (Grosso, Tripin y Zubriggen, 2014). Con posterioridad, a partir de la revolución tecnológica que implica la disponibilidad del misoprostol en América Latina, la difusión boca a boca de su uso abortivo por las propias mujeres se fusiona y potencia con el uso *off label* que hacen los/las profesionales de la salud, inicialmente para inducir partos y posteriormente para reducir los riesgos del aborto inseguro, y con la información que se comienza a sistematizar y difundir dentro de las redes y espacios feministas.

Las primeras investigaciones que dan cuenta del uso del misoprostol en América Latina para el aborto autoinducido registran su uso en Brasil, donde está disponible desde 1986 (Grosso, Tripin y Zubriggen, 2014). Una búsqueda sistemática de los estudios sobre aborto en Brasil da cuenta de una transición en los métodos y experiencias de aborto de las mujeres de las grandes ciudades a comienzos de los años 90. Las investigaciones cualitativas encuentran que las mujeres ya no relatan el uso de métodos riesgosos como venenos o inyecciones; en cambio, comienzan a mencionar la utilización del misoprostol para la inducción del aborto (Diniz y Correa, 2009).

En Argentina, los primeros estudios que dan cuenta del uso abortivo del misoprostol por parte de mujeres y adolescentes datan de la década del 2000 (Vázquez *et al.*, 2006; Zamberlin y Gianni, 2008). Algunos/as profesionales entrevistados/as señalan haber conocido el uso abortivo del fármaco por parte de las propias mujeres y esbozan hipótesis que relacionan el uso popular en Argentina al uso previo que hacían las mujeres brasileras y paraguayas. El siguiente fragmento da cuenta, por un lado, de una posible transnacionalización de los saberes y experiencias de mujeres de sectores populares de Brasil, Paraguay y Argentina, y por otro, de la superposición de saberes y usos del misoprostol: la utilización pagana y experimental, que surge de la difusión boca a boca, y un uso *de hecho* en el sistema de salud, también por fuera de las indicaciones oficiales, que hacen los profesionales de la salud en las guardias para inducir partos.

las pacientes me hablaban de que usaban pastillas para abortar, y yo un poco no les creía eso, porque no había específicamente en ese momento, una pastilla que provocara un aborto. [...] Esto [el misoprostol] fue una medicación fundamentalmente que empezó a entrar por Brasil. Cuando Brasil la empieza a usar, empieza a llegar a Argentina. Y nosotros, como en la villa tenemos muchos migrantes, muchos extranjeros, por ahí, tenían esto las paraguayas, de que la habían usado en Paraguay, o se la mandaron también de allá. Como también se usaba algún yuyo. [...] Cuando empezó a aparecer este tema, las

mujeres ya tenían la información desde antes. [...] Esto del empoderamiento de la gente del uso del miso-prostol hizo que empezaran a venir mujeres, chicas fundamentalmente adolescentes, que lo tomaban. [...] una de mis pacientes en el Centro de Salud, a la cual yo le había controlado uno o dos embarazos, [...] viene totalmente desesperada, diciéndome que no puede tener este embarazo. Realmente se me partió el corazón. Entonces, yo pensé: "Yo tengo la información, ¿por qué no se la voy a dar?". (Entrevista a médico ginecólogo, GBA)

Los relatos de los y las profesionales dan cuenta de una sinergia de saberes y procesos. Médicos/as generalistas, ginecólogos/as, psicólogas y trabajadoras sociales y otros/as profesionales de la salud, conocen el uso abortivo del misoprostol y su disponibilidad en el país a partir de las propias mujeres, de la información que circula en espacios feministas y militantes y de las experiencias de otros/as colegas y equipos del sistema de salud.

Empezamos en la residencia en el Hospital a ver mujeres en el post aborto. [...] Y partir de ahí fue que empezamos a escuchar algo del misoprostol, de estas mujeres, "Porque la pastilla... que esto, que lo otro". En realidad, no sé cómo fue que empecé a laburar en ese tema, y me contacto con Zulema Palma de Mujeres al Oeste. En ese momento, hicimos un curso sobre aborto, con Martha Rosenberg. Escuchar y pensar, y después fue que me llegó la convocatoria de una capacitación de Pan y Rosas y Mujeres al Oeste, donde dos médicos [españoles] nos hablaron con mucha casuística del uso de misoprostol. (Entrevista a trabajadora social, GBA).

De la necesidad de las mujeres, a las que algunos/as profesionales responden inicialmente brindándoles información experimental, no validada, surge la consiguiente demanda de los y las profesionales de mayor formación y sistematicidad. Esta respuesta la encuentran tanto en el feminismo como en otros espacios de salud que, desde abajo, comienzan a articularse y a nutrirse mutuamente:

En un principio, yo era el que daba el asesoramiento en cuanto a la dosis, después, la capacitó a Alejandra. [...] Entonces, ahí, cuando Alejandra se acerca a la coordinadora, le dice: "Bueno, es importante porque ya hay varios grupos que están trabajando sobre eso". Y ahí nos enteramos de que el Argerich estaba trabajando en esto, que el Álvarez estaba trabajando también, y había dos o tres centros de salud que también estaban trabajando. (Entrevista a médico ginecólogo, GBA).

Los hospitales de Ciudad de Buenos Aires mencionados son pioneros en Argentina en la introducción de consejería pre y post aborto. Éstas son espacios de escucha y acompañamiento, en los que se brinda información sobre cómo usar el misoprostol para abortar de forma segura. Como veremos con respecto a las estrategias militantes, el argumento sobre el que los/las profesionales de la salud sostienen la práctica es que, si bien el aborto está penalizado -con excepción de las causales de no punibilidad⁶-, brindar información no lo está. Así, las consejerías se enmarcan en el derecho de los/las pacientes a recibir información confiable sobre su salud, el deber de confidencialidad de los/las profesionales y el principio de autonomía de los/las pacientes. Este modelo, en sus inicios fragmentario, que funcionaba de manera aislada e incluso oculta al interior de las instituciones, va tomando forma a través de redes entre profesionales y servicios y fundamentalmente, a partir de las recepciones en Argentina del modelo uruguayo de Reducción de Riesgos y Daños contra el aborto practicado en condiciones de riesgo.

Este modelo comienza a gestarse en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell de Montevideo, en el 2001, a partir de un estudio sobre la situación epidemiológica del aborto provocado, que encuentra que éste es la primera causa de muerte de las gestantes. Ante esta situación, los/las profesionales conceptualizan la clandestinidad del aborto como un problema de salud pública que éticamente no pueden seguir ignorando. El modelo de reducción de riesgos y daños, que toma su nombre de las políticas de drogas, propone brindar información sobre cómo acceder a un aborto seguro, para reducir las consecuencias sobre la morbilidad materna. En 2004, la iniciativa obtiene el reconocimiento del Ministerio de Salud y se institucionaliza a través de la ordenanza ministerial N°369 (Briozzo, 2002; Briozzo *et al.*, 2007).

Las consejerías pre y post aborto en Argentina se nutren y sistematizan a partir viajes a Uruguay y de lecturas que describen y fundamentan este modelo. La situación legal similar entre ambos países en relación a la regulación del aborto permite que los/las profesionales de la salud argentinos/as encuentren en el abordaje de reducción de riesgos y daños de Uruguay un marco para encuadrar las acciones que venían desarrollando:

Cuando yo ingreso a trabajar en Morón, había empezado a formar parte de REPARAR, que era un intento de red regional Argentina-

⁶ En Argentina, el aborto está tipificado como un delito contra la vida. Sin embargo, el Código Penal de 1921 contempla dos causales de no punibilidad: 1) cuando el embarazo es producto de una violación; 2) cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la persona que está gestando.

Uruguay, para la reducción del riesgo y el daño en aborto, donde había gente que estaba en el tema del Argerich, que eran reuniones donde empezábamos a ver los lineamientos, del aborto en condiciones de riesgo, que es una causa de muerte materna, son condiciones evitables. (Entrevista a trabajadora social, GBA)

El misoprostol, como señalamos, se convierte en una herramienta accesible y de fácil manipulación, de la que las feministas también se apropiaron para modificar las condiciones en las que las mujeres y personas gestantes acceden al aborto, principalmente en aquellos contextos en los que la restricción legal sentencia a las mujeres a una práctica insegura y/o a asumir los elevados costos del aborto en una clínica clandestina. El uso abortivo del misoprostol ha brindado a las feministas una posibilidad que combina *acción directa, agenciamiento, redistribución de conocimiento* (Mines *et al.*, 2013) y que permite romper con el monopolio del saber médico con respecto al aborto seguro.

Las primeras experiencias feministas que tienen por objetivo brindar información a las mujeres sobre el uso abortivo del misoprostol son las **Líneas telefónicas de Aborto Seguro** (Drovetta, 2014). Inicialmente, se lanza la **Línea de Información Telefónica sobre Sexualidad y Aborto Seguro, Salud de la Mujer** en 2008, en Quito, Ecuador. Como en el caso de Perú (línea en funcionamiento desde mayo de 2010), Chile (2009) y Argentina (2009), las líneas telefónicas se lanzan en América Latina con el apoyo de la ONG neerlandesa **Women on Waves** (Drovetta, 2014; Drovetta, 2015a). Lo interesante del caso argentino es que la formación de las activistas no la realizan integrantes de **Women on Waves** sino de la **Línea Aborto** de Ecuador (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012). Entonces, las líneas que existen en varios países de América Latina pasan a formar parte de la **Red de Experiencias Autónomas de Aborto Seguro (REAAS)**.

En Argentina, la línea *Más información, menos riesgos* que lanza el colectivo **Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto** en 2009, surge a partir del viaje de Rebecca Gomperts -fundadora de **Woman on Waves**- a Argentina en 2008 y el contacto que establece con Verónica Marzano, militante lesbiana fundadora de la línea. Según integrantes de la línea telefónica, en un principio, las argentinas desconfían de las posibilidades legales de dar información sobre aborto sin correr riesgos, hasta que contactan una abogada que confirma el abordaje para el contexto local: mientras no se intervenga en el aborto -categorizado como delito-, dar información es legal. El siguiente fragmento de entrevista resume estos primeros vaivenes y de las trayectorias de quienes conforman inicialmente la colectiva:

Así fue que conocimos a Vero [en referencia a Verónica Marzano]. Ella hace la convocatoria a un par de chicas y estuvimos hablando. Algunas veníamos de militar en partidos de izquierda, otras del lesbianismo, otras de derechos humanos, y así fue que se fue formando Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. [...] Así, empezamos a ver y a estudiar qué posibilidades legales tenía-mos en Argentina. En Ecuador ya habían lanzado la "Línea Aborto". Ellos dan información a las mujeres sobre cómo utilizar el misoprostol. [...] Nos reunimos con miles de abogados de derechos humanos, no hubo uno que nos dijera que el proyecto era viable. "Van a terminar presas al otro día". [...] Nos amparamos en el derecho de dar y recibir información. Armamos un protocolo [...] Una sola abogada nos ayudó, que es la que está dentro de la línea. Luciana Sánchez. Ella fue la única que dijo que podíamos [...] (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

A través de un número de telefonía celular, la Línea se propone asesorar a las mujeres sobre usos seguros del misoprostol -dosis, síntomas esperables, señales de alarma, controles previos y posteriores-, a partir de guías técnicas de la Organización Mundial de la Salud, así como sobre el marco legal y normativo en Argentina -acceso al medicamento, exigencia de la receta a los y las profesionales de la salud, deber de confidencialidad en las guardias- (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012). Esta información es sistematizada y formulada en un lenguaje coloquial y accesible para elaborar el manual *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* (1º ed. 2010, 2º ed. 2012) que se lanza en 2010, con 500.000 descargas online y la distribución impresa de 20.000 copias gratuitas. La segunda edición, con actualizaciones, se publicó en 2012 (Drovetta, 2016).

El lanzamiento de la línea telefónica en Argentina marca una ruptura y a su vez se inscribe en la lucha por el derecho al aborto en Argentina. Desde el retorno democrático, la denuncia por la penalización del aborto es parte de la agenda de los incipientes feminismos, pero inicialmente esta demanda se formula de manera aislada y es cuestionada dentro y fuera de los ámbitos de militancia (Bellucci, 2014). Durante las décadas de los 80 y 90, la temática comienza a cobrar fuerza y visibilidad, no sin tensiones, de la mano de espacios académicos, militantes y de la sociedad civil que lo incluyen entre sus temas y demandas principales (Bellucci, 2014). En 2005, el lanzamiento de la **Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito** (en adelante, la Campaña), responde a una larga tradición de luchas por el derecho al

aborto en Argentina. Los Encuentros Nacionales de Mujeres, que se llevan a cabo desde 1986 en Argentina, resultan fundamentales para articular demandas del movimiento feminista y de mujeres, y particularmente el reclamo por el aborto legal. Es así, que en 2003, se lleva a cabo en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres en la ciudad de Rosario, el primer taller de *Estrategias para un aborto legal y seguro* y en mayo de 2004 se realiza en Buenos Aires el *Primer Encuentro Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*, convocado por el grupo **Estrategias por el Derecho al Aborto** de esa ciudad (Zurbriggen y Anzorena, 2013; Bellucci, 2014)⁷.

La **Campaña** es una red federal, plural, que se articula en torno a la exigencia específica de la legalización del aborto, pero también desarrolla estrategias para incidir en el debate público e instalar socialmente la demanda. Para el año 2009, cuando se lanza la línea *Más información, Menos Riesgos*, una militante de la misma explica que la **Campaña** difundía información sobre usos seguros del misoprostol, pero demarca su propia experiencia de ese mero "panfleto":

Dentro del feminismo, circulaban clandestinamente informaciones sobre el misoprostol, había un volante de la Campaña que decía cómo utilizarlo, pero era un panfleto. [énfasis propio] (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

Inscrito en una larga trayectoria de luchas por el aborto en Argentina, el lanzamiento de la Línea telefónica *Más información, menos riesgos* es un parteaguas en la difusión del uso del misoprostol dentro y fuera del movimiento feminista en Argentina. Por un lado, porque las presentaciones y difusiones de sus primeros informes (Lesbianas y Feministas, 2010a; Lesbianas y Feministas, 2010b) demuestran que compartir información sobre aborto entre mujeres y lesbianas, en el marco legal y normativo existente en Argentina, es no sólo legal sino posible y efectivo. Por otro lado, porque el manual llega a los Encuentros Nacionales de Mujeres y de ahí en formato impreso y virtual a todo el país.

El manual llega por esta necesidad de que recibíamos la mayoría de llamados de Capital Federal y del Gran Buenos Aires, en menor medida. Éste era nuestro espectro. Muy rara vez nos llegaba un llamado del norte, del sur, de otros lados. [...] empezamos a hablar la posibilidad de hacer un manual, porque

⁷ Para una descripción pormenorizada de la historia de la conformación del aborto como demanda de los feminismos ver Bellucci (2014).

queríamos que se distribuyera la información, que las mujeres lo supieran (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

Yo primero conocí a las chicas por el manual, en un Encuentro Nacional de Mujeres [...] Vi el manual en la plaza y digo, “¿Qué es esto?” No lo podía creer, me parecía algo revolucionario, realmente. Porque las que militábamos con el movimiento de mujeres y estábamos a favor del aborto realmente no teníamos una formación con respecto al aborto o una idea más amplia o profunda. Y cuando vi el manual realmente me pareció algo que dije: “Quiero estar acá”. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012)

Como movimiento políticamente plural y que funciona como punto de confluencia de las luchas por el derecho al aborto en distintos puntos de la Argentina (Anzorena y Zurbriggen, 2013), la Campaña también se hace eco de la disponibilidad del misoprostol y de las experiencias de consejerías en aborto que militantes feministas y profesionales de la salud vienen haciendo. Es así que en 2012 se lanza **Socorristas en Red (Feministas que abortamos)** una red nacional que no sólo brinda información sobre cómo usar el misoprostol, sino que genera espacios de contención y acompañamiento, calificados como *feministas* por las propias activistas. Esta Red surge al interior de la Campaña en 2012, cuando distintas colectivas⁸ que pasaban datos y acompañaban mujeres en su decisión de abortar deciden conformar una red y unificar premisas de funcionamiento (Maffeo *et al.*, 2015). El nombre de la red y de la práctica, los *socorros rosas*, proviene

⁸ El uso del femenino en algunas palabras que tradicionalmente se usan en masculino (colectivo, protocolo, plenario), son categorías nativas de este feminismo socorrista.

de la experiencia de las feministas italianas del Partido Comunista, quienes garantizaban el acceso al aborto a mujeres sorteando al mercado clandestino (Parodi, 2014).

A partir de lo planteado, proponemos que el uso del misoprostol y la sistematización sobre su uso para acompañar a mujeres y personas gestantes en sus abortos en América Latina responde a transferencias militantes de experiencias, conocimientos y saberes transnacionalizados.

El concepto de transnacionalización ha estado principalmente asociado a la mundialización de la economía y, particularmente, a las acciones de las grandes corporaciones multinacionales. Sin embargo, también ha sido utilizado desde los movimientos sociales globales y los feminismos (Álvarez, 1997). En ambas acepciones, el término denota un movimiento que excede las fronteras de los Estados-nación y que, en algunos casos, pone en cuestión su soberanía.

En esta línea, el concepto de *transferencias culturales* de la sociohistoria también permite comprender los fenómenos de influencia, recepción e hibridación de ciertos modelos y prácticas, y aprehender la dimensión transnacional de la historia de los movimientos sociales. Bibia Pavard (2012a; 2012b) utiliza el concepto de *transferencias militantes* para pensar los orígenes del **Movimiento Francés por la Planificación Familiar**. Los fenómenos de transferencia, traducción y adaptación o diferenciación en las movilizaciones colectivas, a partir de procesos que suceden en otros países, regiones o a nivel inter o transnacional, han sido habituales a lo largo de la historia. Traducciones de obras clave, viajes individuales o colectivos, encuentros internacionales, marcaron los inicios y el rumbo de muchos procesos y movimientos políticos (Pavard, 2012a; Pavard, 2012b). No se trata de pensarlo como una asimilación o copia de procesos que ocurren en otros países, sino de pensar la sinergia de ideas, movimientos y luchas, en este caso, feministas.

Modelos de acompañamiento y consejería: recibir información sobre cómo abortar con medicamentos

El modelo sanitarista: reducción de riesgos y daños y consejerías pre y post aborto

El modelo de reducción de riesgos y daños, cuya conceptualización proviene de las políticas de drogas (Vidiella, 2007), parte de definir el aborto como un problema de salud pública. Las políticas de reducción de riesgos y daños son aquéllas que *intentan [...] reducir las consecuencias en salud, sociales y económicas adversas a los usuarios, sus familias y sus comunidades* (Vidiella, 2007:147).

Según Erdman (2012), este modelo se define por tres principios:

- ◇ el principio de **neutralidad**, que refiere a entender el aborto como un problema de salud pública que entraña riesgos y daños, sin hacer alusión a su estatus moral y legal;
- ◇ el principio de **humanismo**, que implica reconocer a las mujeres como sujetas de derecho, autónomas, capaces de tomar decisiones con respecto a su propio cuerpo y su salud, y por ello, deben ser tratadas con respeto y dignidad;
- ◇ el principio de **pragmatismo**, que supone aceptar la ubicuidad de la práctica del aborto, las condiciones de vulnerabilidad en la que muchas mujeres acceden a la misma y la necesidad de intervenir para reducir los efectos de estas, aun cuando el aborto sea ilegal.

El principio de **pragmatismo** y el principio de **humanismo** suponen reconocer que quienes han decidido abortar, lo harán aun sabiendo que la práctica es ilegal. Según este modelo, quienes abortan

son responsables de sus actos, reconocen el aborto como ilegal y por lo tanto fuera del sistema sanitario. Pero este hecho tiene un antes y un después; es justamente en el antes y en el después que se plantea intervenir desde el punto de vista sanitario, promoviendo que toda mujer en “situación de aborto” consulte antes de hacerlo [...] para realizarlo de la manera menos riesgosa. (Vidiella, 2007:148).

Es decir, en ese *antes* y *después* es donde se produce la intervención en el modelo de reducción de riesgos y daños, porque el *durante*, la práctica del aborto, está penalizada.

Este discurso sanitarista, que se pretende neutral por distanciarse de la dicotomía *a favor/ en contra*, encierra una definición del aborto como un mal que debe ser evitado.

Buscamos entonces de manera explícita salir de la estéril contradicción de estar “a favor” vs. “en contra” del aborto por ser una propuesta maniquea y basada en razonamientos fundamentalistas, que más bien nos alejaba de la solución: **todo el mundo está en principio en contra del aborto**. [énfasis propio] (Briozzo *et. al.* 2007:22)

El término mismo *Reducción de daños* parte de la idea de intervenir sobre un mal inevitable y tomar medidas, en este caso antes y después, para paliar sus consecuencias. Una profesional en-trevistada da cuenta de un uso estratégico del término en tanto es más aceptado por no mencionar la palabra aborto que produce “alergia”:

reducción de riesgos y daños, que en ese momento no llamábamos así. Lo llamábamos Consejería pre y post aborto. Después, yo le saqué la palabra aborto, porque provoca mucha alergia, entonces preferimos sacarlo. (Entrevista a médica ginecóloga, CABA, realizada en 2012)

Susana Rostagnol, retomando el concepto de biogitimidad de Didier Fassin (2003), que remite al reconocimiento social que se le atribuye al cuerpo enfermo o sufrido como vía de acceso a un derecho, señala que la estrategia de reducción de riesgos y daños se lleva a cabo

para evitar que haya más “cuerpos sufrientes”. Los discursos médicos no hacen referencia a una mujer titular de derechos cuando se refieren a una mujer en situación de aborto. Es decir, existe una preeminencia del derecho a la salud sobre otros en los casos del “cuerpo sufriente”. (Rostagnol, 2008:230)

En esta línea, una médica ginecóloga de Ciudad de Buenos Aires describe el modelo de consejerías pre y post aborto como alejado de la discusión política y centrado exclusivamente en la reducción de la mortalidad materna por complicaciones de aborto:

Nosotros, esto lo hemos tomado siempre por fuera de lo que tiene que ver con las leyes, sino como salud pública. Nuestra única entrada a esto es demostrar que la mortalidad materna, por complicaciones de aborto, en Argentina, es muy alta y qué se puede hacer para bajarla. Estamos por fuera de los partidos políticos, por fuera de estas cuestiones. Cada uno, en lo personal, si uno quiere la despenalización, no tiene que ver. Nuestra obligación es dar respuestas desde los servicios de salud, porque como lo que nosotros queremos lograr es justamente que, en Salta, en Santiago del Estero, en Formosa, en la provincia de Buenos Aires, estas cosas se cumplan, no podemos ir por el lado de la pelea política. (Entrevista a médica ginecóloga, CABA, realizada en 2012).

A pesar de un abordaje contrario a incidir en la arena política y a la afirmación taxativa de que *todo el mundo está [...] en contra del aborto* (Briozzo *et al.*, 2007:22), tanto **Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo (ISCAPCR)** como las consejerías pre y post aborto que se desarrollan en Argentina, además de buscar reducir las consecuencias negativas del aborto inseguro, se proponen un objetivo político: introducir el debate sobre el aborto como un problema de salud pública entre los profesionales de la medicina (Briozzo, 2002).

El modelo militante: de las líneas al socorrismo

El modelo de abordaje de **Lesbianas y Feministas** se basa en dar información telefónica a las mujeres y personas que abortan. Entre sus objetivos, la organización también se propone sistematizar datos sobre el asesoramiento brindado y los procesos de aborto de las mujeres que se contactan. En sus informes, la **Línea** también sistematiza y presenta datos que difunde a través de la web sobre las barreras en el acceso al misoprostol, denuncia sobrepagos y las dificultades en la compra y en el acceso a la receta en el sistema de salud (Lesbianas y Feministas, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2011, 2012). La sistematización de los llamados recibidos se vincula con una reapropiación y con una construcción colectiva de saberes históricamente vedados a las mujeres desde el ámbito de la medicina. El siguiente fragmento da cuenta de un estudio pormenorizado de los usos recomendados del misoprostol para generar autonomía en relación al conocimiento científico hegemónico y a la penalización del aborto:

Si yo tengo conocimiento de la información, tengo conocimiento de cómo utilizarlo, de qué

esperar, de cuándo preocuparme, cuándo no, cuán normal es el sangrado, cuándo no lo es, todo lo demás ya está. Yo estoy teniendo un control sobre mi propio cuerpo. Incluso, los médicos no lo saben, no tienen idea. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

Cómo veremos, la apropiación del conocimiento y la construcción colectiva de saberes por fuera del ámbito biomédico no impiden que **Lesbianas y Feministas** genere articulaciones y capacitaciones con profesionales e instituciones de la salud, ni que busquen disputar modelos de salud también hacia el interior de dichos espacios (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

La conformación de **Socorristas en Red**, en sus inicios, también remite a la difusión de información. En sus comienzos, quienes componen la red se reconocen como *pasadoras de datos*: dan información a las mujeres sobre profesionales de la salud a quienes consultar sobre aborto y, progresivamente, sobre usos seguros del misoprostol para autoinducirse un aborto (Maffeo *et al.*, 2015; Grosso, Tripin y Zurbriggen, 2014). Asimismo, las Socorristas tienen entre sus objetivos *establecer vínculos con sectores de salud amigables de la causa* (Maffeo *et al.*, 2015).

Otro de los puntos en común entre ambos abordajes militantes es la sistematización y producción de datos. En el 2014, comienza el compromiso de la **Red** por sistematizar los datos de los acompañamientos. En un país en el que no hay un registro oficial de los abortos que se realizan⁹, esta sistematización contribuye a visibilizar la práctica. A su vez, integrantes de Socorristas analizan y aportan textos académicos sobre el hacer socorrista, en un ejercicio de reflexividad sobre su práctica feminista (Anzorena y Zurbriggen, 2013; Maffeo *et al.*, 2014; Grosso, *et al.*, 2014).

Socorristas en Red, al igual que las **Líneas de Aborto Seguro**, han contribuido a transnacionalizar el aborto medicamentoso en la región, en tanto han realizado viajes e intercambios con *colectivas* de Chile, Ecuador, Brasil, entre otros. El acceso a la información sobre cómo usar medicamentos para abortar en América Latina es cada vez mayor gracias a la existencia de estas redes.

Ambos modelos se diferencian particularmente en el modo de asesorar y acompañar en relación al proceso de aborto. La **Red de Socorristas** se propone desde su lanzamiento generar *encuentros cara a cara con mujeres (en lo posible grupales) en espacios públicos y el seguimiento del proceso*

⁹Un estudio de 2009 estimaba que, para aquel entonces, se realizaban en Argentina entre 371.965 y 522.000 abortos por año (Mario y Pantelides, 2009).

del aborto y post-aborto (Maffeo *et al.*, 2015:218). También hay diferencias políticas en tanto **Socorristas en Red** forma parte y reivindica su participación en la **Campaña Nacional por el Derecho al Aborto**, mientras que **Lesbianas y Feministas** busca diferenciarse de ese espacio. Las Socorristas describen así su accionar en relación a la despenalización y legalización del aborto:

Buscamos correr los límites acerca de los debates sobre la despenalización y legalización del aborto. [...] apostamos a tramitar el acontecimiento del aborto figurando y prefigurando activismos feministas que hacen del “estar ahí” una forma de reclamo político, para insistir a los poderes estatales sobre la injusticia conservadora y retrógrada que implica mantener la ilegalidad del aborto. (Maffeo *et al.*, 2015:226)

A pesar de esta diferencia podemos afirmar que ambas colectivas, al igual que otros espacios de consejería y acompañamiento en aborto seguro, buscan declandestinizar la práctica, visibilizar el aborto, pero principalmente, cambiar el signo socialmente asignado al mismo. A diferencia del discurso médico que mantiene el estigma que pesa sobre el aborto, pero busca intervenir sobre el mismo como un problema de salud pública, los abordajes desde la militancia feminista y lesbiana buscan reivindicar políticamente la práctica:

Nos lanzamos porque creíamos fuertemente en el proyecto, porque amamos a las mujeres, porque creemos que esta información tiene que estar en la boca de todas, porque creemos en el derecho al acceso, porque creemos en la información, porque creemos y amamos el misoprostol, porque nos da autonomía, nos empodera, nos da el conocimiento de nuestro propio cuerpo. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto).

Se trata de discursos heréticos en el sentido de Bourdieu (2001) dado que, al recuperar el aborto como orgullo, también en clave genealógica desde las luchas del lesbianismo y los movimientos LGBT (**Lesbianas y feministas**) o al reivindicarse como *aborteras* (**Socorristas en Red**),

las militantes denuncian un contrato tácito de adhesión al orden establecido. Esta subversión política presupone una subversión cognitiva, una subversión de la visión del mundo hegemónica (Bourdieu, 2001).

[...] le sacamos cualquier juicio de valor al tema del aborto. Nosotras no fuimos a discutir si para las mujeres estaba bien o mal abortar... para nosotras está bien abortar, nosotras no le hacemos un juicio de valor a eso, porque detrás de eso hay un deseo, que uno no puede juzgar. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto)

[...] situamos la práctica abortera *socorrista* en un terreno de transición y de articulación con muchas otras prácticas, discursos y sectores, en el “mientras tanto”: hasta tanto conquistemos el derecho al aborto, lo tomamos por asalto por derecho propio [...] buscamos pensar sobre las posibilidades de resignificación tanto de las prácticas de abortar, como de las formas de nominar. Nos preguntamos: ¿cómo es posible reconocerse(nos) y auto-nominarse(nos) aborteras? ¿Qué tipo de aborteras estamos siendo las socorristas feministas? (Maffeo *et al.*, 2015:226)

Los discursos analizados son heréticos en la medida en que quiebran el contrato tácito de silenciar y ocultar el aborto, pero también de representarlo peyorativamente, como un mal a evitar o como una práctica asociada a la muerte. En esta línea, las militantes de Lesbianas y feministas buscan distanciarse de los lemas de la Campaña, en tanto la exigencia de la legalización se basa en que el aborto clandestino conlleva riesgos de muerte:

Y el “aborto legal para no morir”, nosotras no estamos de acuerdo con esa consigna. Abortando con Misoprostol no te morís, porque [...] si abortás de manera segura, no te morís. Entonces ya, en ese relato, hay falacias, hay prejuicio. Entonces no nos convoca esa consigna. (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto)

El continuum entre el modelo de consejerías pre y post aborto y el modelo militante

Esta distinción analítica entre el modelo sanitario, de reducción de riesgos y daños, que presenta el aborto como un problema de salud pública, y el modelo de la militancia feminista, que defiende el derecho de las mujeres sobre el propio cuerpo, es menos perceptible en lo que respecta a las consejerías pre y post aborto en **AMBA**. La dificultad para trazar una frontera entre ambos modelos deriva de tres factores: en primer lugar, algunos/as de los/las profesionales de la salud que han implementado las consejerías pre y post se reconocen como militantes feministas, son parte de alguna organización social o política o son activistas en la **Red de Profesionales por el Derecho a Decidir**; en segundo lugar, en gran parte consecuencia de lo anterior, entre los/las profesionales que hemos entrevistado ambas autoras, el discurso sanitario, las alusiones a la morbilidad de las gestantes o a las consecuencias negativas del aborto inseguro, se entremezclan con un discurso de derechos en relación al aborto; y en tercer lugar, los/las profesionales de la salud entrevistados/as no sólo tejen redes de articulación con organizaciones feministas de acompañamiento, sino que además, en lo que respecta a aborto, su práctica profesional converge con un modelo de militancia. Una médica generalista de la Zona Norte del Gran Buenos Aires, entrevistada en noviembre de 2015, señala que el intercambio de celulares con las mujeres que acuden a la consejería es habitual:

R: [...] les damos nuestros teléfonos [a las mujeres]. Les explicamos qué es lo que va a pasar, cómo se van a sentir, pero les decimos que si necesitan algo que llamen, pero muchas te llaman a cualquier hora, o para gritar, o para descargarse, o para saber si lo que está pasando está bien, o no sé, mil cosas. Entonces nuestros teléfonos suenan un montón, todo el día, en cualquier lugar, en cualquier momento, y las mujeres...

E: Como las socorristas...

R: Sí, sí. Y las mujeres cuando están abortando entran en esta cuestión de “soy yo, ahora yo, y atendeme” y entonces cinco mil llamadas. (Entrevista a médica generalista, Gran Buenos Aires).

Esta misma médica generalista, militante de una organización política que realiza acompañamientos, reconoce que el ámbito institucional en el que se desarrolla la consejería en aborto en

el sistema público de salud, puede incidir en la percepción de *seguridad* de algunas mujeres que deciden abortar. Así, ella se refiere a sí misma como militante, como socorrista (en el ámbito institucional) y como la *misma persona* por su pertenencia a ambos modelos:

nosotras nos volvíamos las socorristas, quienes éramos militantes en la cuestión, y entonces de vuelta se volvía a generar este circuito, de una red, [...] nosotras acá tenemos una red súper establecida con las socorristas y las organizaciones sociales que acompañan a las mujeres, pero de vuelta, ¿viste? Algunas mujeres, no todas, lo que les pasa es que cuando vienen al sistema de salud se sienten seguras [...] Por más que seamos la misma persona la que hagamos el acompañamiento, no es lo mismo que acá haya un equipo, que la directora esté al tanto, para las mujeres genera otra sensación. (Entrevista a médica generalista, Zona Norte del Gran Buenos Aires)

Por otra parte, como mencionamos, otros/as profesionales de la salud reconocen haber tenido conocimiento del uso abortivo del misoprostol a partir de su militancia feminista y, tras esto, haber introducido este saber, no proveniente de su formación académica y profesional, en su práctica médica. Una médica generalista de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, indica cómo fue su trayectoria desde la militancia feminista y a favor del aborto hacia la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños:

a partir de estar en la Campaña, empiezo a vincularme con esto del uso del misoprostol. Porque en realidad tampoco venía de mi formación médica, era como que fue a partir de la militancia en el derecho al aborto y en el feminismo que adquiero esa herramienta del uso del misoprostol. Entonces, ahí, como que empiezo sin darme cuenta en una reducción de riesgos y daños, en esa estrategia, en un centro de salud, en una consejería pre y post aborto. (Entrevista a médica generalista, CABA)

Como los/las ha nombrado Julia McReynolds (2017), los/las profesionales de la salud en Argentina han sido *insider activists*, que han transformado la práctica del aborto, dándole un marco institucional y de legitimidad en las consejerías pre y post aborto. Pero también han contribuido a traccionar las interpretaciones con respecto

al estatus legal, al perseverar en una aplicación *amplia* de la causal de no punibilidad que permite el acceso al aborto cuando el embarazo pone en riesgo la salud de las mujeres, e incluir en la definición de salud las dimensiones social y psíquica, además de la dimensión física. En el siguiente fragmento, una médica residente de medicina general señala:

*en este momento, estamos intentando, porque para esto necesitamos aval de la institución [...] con la directora y el resto de los profesionales de planta porque nuestra idea es encausar todas las consejerías en interrupciones legales de los embarazos justificando con la causal salud integral **ampliada**.* (médica residente de medicina general, CABA)

En el entrecruzamiento entre el modelo de consejerías en el sistema público de salud y el modelo militante de acompañamiento, además de las articulaciones informales y aquellas que son resultado de la pertenencia de activistas a ambos modelos, también ha habido articulaciones y sinergias institucionalizadas. Grosso, Tripin y Zurbriggen, socorristas de la colectiva **La Revuelta**, describen una experiencia de articulación entre socorristas y profesionales del sistema de salud público en la provincia de Neuquén, **Te Acompañamos (TeA)**, un servicio de control, consejería y anticoncepción postaborto:

TeA es una apuesta a las alianzas, entre la colectiva feminista La Revuelta y una instancia del Estado, el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Castro Rendón [...]. Esta articulación reconoce saberes en ambos territorios. Se podría decir que TeA deposita en Socorro Rosa la confianza del contacto inicial, [...] nuestra experticia en el trato con mujeres [...] y, por otro [lado], valoran la posibilidad de prevención, reacción y derivación inmediata ante posibles complicaciones.” (Grosso, Tripin y Zurbriggen, 2014:432-433)

Este reconocimiento de saberes en ambos territorios es constitutivo de la articulación entre el modelo militante y el modelo de salud pública. En estas sinergias, no sin tensiones, se pone en cuestión la hegemonía del saber médico en oposición a los saberes populares, como *saberes subordinados* (Foucault, 1991). Así, el conocimiento acumulado por las militantes feministas con respecto al aborto es legitimado por profesionales de la salud que son formados/as por éstas:

armamos con Médicos del Mundo y con la Asociación de Médicos Generalistas, un seminario para médicos, para contarles las herramientas necesarias sobre el misoprostol. Decirles de qué manera, por qué era legal recetar, qué pasaba con esas recetas, porque ellos recetan, pero no tienen ni la más mínima idea (Entrevista a militante, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, realizada en 2012).

La articulación entre militantes y profesionales de la salud se ha producido en mayor medida con aquellos profesionales que, si bien quizás no lo subvierten, ponen en cuestión el modelo médico hegemónico y sostienen posicionamientos más próximos a la salud comunitaria.

El *continuum* entre modelo militante y modelo de salud pública ha alcanzado mayor nivel de organización a partir de la conformación de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en 2015, al seno de la **Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito**, conformada en la actualidad por más de seiscientos profesionales de la salud, con distinta formación y dispersos por todo el territorio federal. Estos/as profesionales, a través de campañas como *Sacá tu práctica [abortera] del clóset*, han introducido el discurso herético del orgullo, en este caso, con respecto a hacer abortos, una práctica médica que ha sido tradicionalmente estigmatizada (Norris *et al.*, 2011).

Conclusiones

En el presente trabajo, nos hemos propuesto construir una genealogía del uso de misoprostol en Argentina, así como caracterizar los modelos de consejería y acompañamiento que, a partir de la disponibilidad del misoprostol, surgen en Argentina. Tanto en lo que respecta al conocimiento de esta medicación y su uso abortivo, como en la conformación de los dos modelos que hemos caracterizado, se producen sinergias en las que confluyen experiencias regionales de mujeres, que experimentan en sus cuerpos el uso abortivo del fármaco, con iniciativas de profesionales de la salud y de militantes feministas. Estas sinergias se desarrollan a partir de lo que denominamos transferencias militantes que remiten a la difusión de saberes y relatos de experiencias transnacionales que influyen y precipitan los modelos y prácticas locales.

Las experiencias, tanto argentinas como regionales, transforman las condiciones de acceso al aborto seguro en América Latina, donde las restricciones legales condenan a las mujeres que deciden abortar a prácticas inseguras o a asumir elevados costos en el mercado clandestino. Así, el misoprostol y la transnacionalización de saberes sobre su uso abortivo han constituido una revolución.

En lo que respecta a la caracterización de los modelos de acompañamiento y consejería, se trata de modelos aparentemente antagónicos: por una parte, el modelo sanitarista o de reducción de riesgos y daños, que pone el acento en identificar el aborto como un problema de salud pública, cuyas consecuencias negativas sobre la morbilidad materna deben reducirse; y por otra parte, el modelo militante, que introduce un discurso herético al resignificar el aborto desde el orgullo y reivindicar el estigma de *aborteras*, eludiendo la necrológica del aborto. Sin embargo, como hemos descrito, esta oposición entre un modelo sanitarista y un modelo militante es sobre todo teórico-analítica, pero en la práctica existe un *continuum* entre ambos enfoques. En este *continuum*, están aquellos/as profesionales de la salud que actúan como *insider activists* desde el sistema público de salud y reproducen un discurso de derechos con respecto al aborto y aquellos/as militantes que contribuyen a construir redes desde una multiplicidad de abordajes. Cambiar el signo socialmente asignado al aborto es una tarea de larga data cuyos frutos estamos viendo mientras escribimos estas líneas.

Bibliografía

- Álvarez, S. E. (1997) "Articulación y transnacionalización de los feminismos latinoamericanos". *Debate feminista*, N° 15, pp. 146-170.
- Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (2013) "Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina". En Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (comp.) *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*. Buenos Aires: Herramienta.
- Baulieu, É. É. (1990). *Génération pilule*. Paris: Odile Jacob.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
- Briozzo, L., Labandera, A., Gorgoroso, M. y Pons, J. E. (2007). "Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo". En Briozzo, L. (ed.) *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Montevideo: Arena.
- Código Penal Argentino (1921).
- Diniz, D. (2012), "Harm reduction and abortion", *Developing World Bioethics*, 12(3).
- Diniz, D., y Corrêa, M. (ed.) (2009). "Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), pp. 939-942.
- Diniz, D. y Madeiro, A. (2012). "Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras", *Ciência e Saude Coletiva*, 17 (7). Rio de Janeiro.
- Drovetta, R. I. (2014). "Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe". En Carosio, A. (coord.) *Feminismos para un cambio civilizatorio*. Caracas: CLACSO.
- (2015a). "Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina". *Derechos sexuales y aborto en América Latina*, 23(45), pp. 124.
- (2015b). "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.
- Erdman, J. N. (2012). "Harm reduction, human right and access to information on safer abortion". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, N° 118, pp. 83-86.
- Fassin, D. (2003). "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia". *Cuader-no de Antropología Social*, N° 17, pp. 49-78.
- FLASOG (2013). *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. Colombia: Tecnoquímicas S.A.
- Foucault, M. (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- (2004) *Nietzsche, genealogía, historia*. Valencia: Pre-Textos.
- Grosso, B., Tripin, M. y Zurbriggen, R. (2014). "La gesta del aborto propio". En Bellucci, M., *Historia de una desobediencia. Aborto y Feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Haraway, D. (2009). "Savoirs situés: la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle". En *Des singes, des cyborgs et des femmes. La réinvention de la nature*. París: Éditions Jacqueline Chambon.
- Jelinska, K. y Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), pp. 86-89.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (2012). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, Buenos Aires: El Colectivo. Recuperado de <http://nebula.wsimg.com/f7467bb21a591c137c8202a4691e0087?AccessKeyId=D34CC03CC1FCC38F3272e&disposition=0&alloworigin=1>
- (2009a). *Hallazgos y reflexiones a un mes de atención de la línea Aborto. Más Información: Menos Riesgos*. Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto.
- (2009b). *La prohibición como violencia Política contra las Mujeres. Segundo informe de la Línea Aborto, más información menos riesgos*.
- (2010a). *Cómo abortan las mujeres en Argentina: entre la autonomía y la falta de poder*. Tercer informe de la línea Aborto: más información, menos riesgos.
- (2010b). *Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. Informe de Actividades 2010*.
- (2011). *En la cama con Macri*. Cuarto Informe de la Línea Aborto: más información, menos riesgos.
- (2012). *Las mujeres ya decidieron que el aborto es legal*. Quinto informe de atención de la línea Aborto: más información, menos riesgos.

- Maffeo, F., Santarelli, N., Satta, P. y Zurbriggen, R. (2014). "Poner el cuerpo: abortar y acompañar por derecho propio. Sobre la experiencia de Socorristas en Red -feministas que abortamos". *III Congreso sobre Género y Sociedad: Voces, cuerpos y Derechos en disputa*, Universidad Nacional de Córdoba, 24, 25 y 26 de Septiembre.
- Mario, S. y Pantelides, A. (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", *CEPAL, Notas de Población*, N° 87, pp. 95-120.
- McReynolds-Pérez, J. (2017). "Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context". *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 17, N° 2, p. 350.
- Mines, A., Villa, G. D., Rueda, R., y Marzano, V. (2013). "El aborto lesbiano que se hace con la mano". Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)". *Bagoas-Estudios gays: géneros e sexualidades*, 7(09).
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., y Becker, D. (2011). "Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences". *Women's health issues*, 21(3), pp. 49-54.
- OMS (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.
- Parodi, C. (2014). "Parteras de otros feminismos", *Revista Furias*, N° 21. Recuperado de <http://revistafurias.com/?p=7999>
- Pavard, B. (2012a). "Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975)". *Sociétés contemporaines*, N° 85, pp. 43-63
- (2012b). "Du Birth Control au Planning familial (1955-1960): un transfert militant", *Histoire Politique*, N° 18, pp. 162-178.
- Rostagnol, S. (2008). "El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay". En Araujo, K. y Prieto, M. (ed.) *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Ecuador: FLACSO.
- Vázquez, S., Gutiérrez, M. A., Calandra, N. y Berner, E. (2006). "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en la adolescencia". En Checa, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Vidiella, G. (2007). "Políticas de Reducción de riesgo y daño". En Briozzo, L. (ed.) *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*, Montevideo: Arena.
- Zurbriggen, R. (2017). *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: proceso de registro y disponibilidad*. Perú: CLACAI. Recuperado el 25/06/2018 de <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1000/Mifepristona%20y%20misoprostol%20en%20seis%20países%20de%20América%20Latina.%20CLACAI%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Zamberlin, N., y Gianni, M. C. (2008). "Acceso, saberes y experiencias acerca del aborto con medicamentos: el circuito del misoprostol en la Ciudad de Buenos Aires". *Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Zamberlin, N., y Raiher, S. (2010). *Revisión del conocimiento disponible sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina*. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro/Centro de Estudios de Estado y Sociedad.