



“Tereza da Praia”, de Igor Maciel, nanquim sobre papel, 2020

La estabilización del uso abortivo del misoprostol en Argentina (2010-2012)*

Natacha Mateo**

Resumen

El artículo analiza cómo se estabilizó la posología del misoprostol como un artefacto abortivo en Argentina en el período 2010-2012, mientras la práctica era ilegal, resultado de la articulación y coproducción de saberes entre diferentes actores. A partir de documentos y entrevistas en profundidad, compara la inscripción de la posología en documentos científicos que invisibilizaron la experiencia de uso de las mujeres en la clandestinidad con los materiales producidos por el activismo feminista, donde la agencia de las mujeres que interrumpieron sus gestaciones fue central.

Palabras-clave: Misoprostol, Aborto, Tecnologías biomédicas, Activismo feminista.

* Recibido el 23 de septiembre de 2024, aceptado el 23 de octubre de 2025. Editores responsables del proceso de evaluación: Natália Corazza Padovani, Julian Simões, Luciana Camargo Bueno. Declaración de disponibilidad de datos: los datos de investigación no están disponibles.

** Becaria posdoctoral, CONICET / Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. mateonatacha@gmail.com / <https://orcid.org/0000-0002-5601-8803>

The stabilization of the abortive use of misoprostol in Argentina (2010-2012)

Abstract

The article analyzes how the posology of misoprostol as an abortion drug stabilized in Argentina between 2010 and 2012, while the practice was illegal, as a result of the articulation and co-production of knowledge among different actors. Based on documents and in-depth interviews, it compares the posology inscription in scientific documents that rendered invisible the experience of women using it clandestinely with materials produced by feminist activism, where the agency of women who terminated their pregnancies was central.

Keywords: Misoprostol, Abortion, Biomedical technologies, Feminist activism.

Introducción

En Argentina, el aborto se realizó de forma clandestina hasta la sanción de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2020. En la última década creció exponencialmente la cantidad de personas que realizaban esta práctica de forma ambulatoria con misoprostol. El inicio de los debates parlamentarios para que la ley se sancione potenció la visibilidad de esta droga como un artefacto eficaz para realizar abortos fuera del ámbito hospitalario, respaldado tanto desde manuales feministas de circulación callejera como desde instructivos médicos editados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque desde los 90s se utilizaba en ginecología, en la década de 2010 comenzó a estar en el centro de la discusión general sobre el aborto al tiempo que protagonizó, en parte, los procesos de construcción de opinión pública y mediática sobre esta práctica en 2018 (Borda & Spataro, 2018).

En otros trabajos, ya ha sido abordada la controversia por medio de la cual pasó de ser indicado como un protector gástrico, cuya función abortiva era considerada expresamente como una contraindicación para las mujeres embarazadas, a ser entendido como un medicamento esencial en pos de la seguridad y efectividad en la realización de abortos medicamentosos ambulatorios (Mateo, 2023). En dicha controversia, diferentes actores han construido a la medicación de un modo interrelacionado, dejando de lado sus primeros usos como un agente antiulceroso.

En el campo de los estudios sociales de la ciencia, el análisis de los hechos científicos como una construcción social e histórica no es novedosa (Fleck, 1935). Por ejemplo, Fleck (1935) ya había puesto en el centro de la escena la importancia de la interpretación de los científicos en relación al objeto de estudio y el rol central que tiene en el análisis de los mismos. Para el caso del misoprostol, la pregunta por su uso abortivo es posible en un entramado de discusiones que habilitó posteriormente la sociología del conocimiento científico a mediados de la década de 1970 (Bloor, 1976). En la década de 1980 el programa empírico relativista recuperó algunos de sus postulados centrales al estudiar las controversias científicas. En ese encuadre, nos interesa recuperar la manera en que se construyen –o no– los consensos en torno al método y en que estos no radican en las pruebas empíricas en sí, sino en cómo se negocia la validez de los resultados.

Para ello, los estudios de laboratorio se interesaron en dar cuenta del proceso por el cual se construye el conocimiento haciendo hincapié en las dimensiones sociales que los posibilitan (Knorr Cetina, 2005; Latour & Woolgar, 1979). Knorr Cetina (2005) expone, a partir del concepto de arenas transepistémicas, las relaciones que se tejen entre científicos y no científicos en las prácticas de laboratorio. En el caso del misoprostol, ya ha sido analizado cómo dicho artefacto fue resultado de un proceso de fabricación de los científicos del laboratorio G D Searle & Co quienes imprimieron una serie de indicaciones –para el uso gastroenterológico– y contraindicaciones –para el uso ginecológico– que luego serán reconstruidas por diferentes actores en América Latina (Mateo, 2022).

Para poder dar cuenta de la construcción de los artefactos por parte de diferentes actores, el aporte de los estudios clásicos de controversias fue el uso de la idea de flexibilidad interpretativa y de mecanismos de clausura en el análisis multidireccional (Pinch & Bijker, 1987). La flexibilidad interpretativa muestra que los hallazgos científicos están abiertos a más de una interpretación, y de esta manera, “cambia el foco de la explicación de los desarrollos científicos del mundo natural al mundo social” (Pinch & Bijker, 1987:22). Ahora bien, los autores sostienen que usualmente se arriba a un consenso a partir de una serie de mecanismos sociales que limitan la flexibilidad interpretativa y dan por concluidas las controversias científicas. Esta noción posibilita indagar en cómo los cierres de las controversias científicas suceden a través de consensos y acuerdos, es decir, a partir de articulaciones situadas entre tensiones y dinámicas hegemónicas de asignación de sentidos. A partir de allí es que la idea de mecanismo de clausura nos interesa para indagar en la forma en que los artefactos se vinculan con el medio social más amplio.

Ahora bien, lo que nos interesa particularmente de este enfoque es que la flexibilidad no tiene que ver solo con cómo las personas interpretan los artefactos, sino también con el modo en que estos son diseñados (Pinch & Bijker, 1987). Por lo tanto, nos interesa analizar los mecanismos por los cuales se estabilizó un uso abortivo del misoprostol en diferentes materiales que circularon en Argentina entre el 2010 y el 2012 a partir de un enfoque constructivista de las tecnologías y una perspectiva de

género (Oudshoorn, 1994; Oudshoorn & Pinch, 2003; Wajcman, 1991). En este sentido, consideramos central la relevancia de problematizar cómo y de qué maneras el aborto medicamentoso y el misoprostol como droga abortiva se construyeron de modo interrelacionado (Callon, 1998), discutiendo con aquellas nociones que describen el desarrollo tecnológico como un camino lineal desde el nacimiento de una idea en un laboratorio hasta su comercialización. Al mismo tiempo, consideramos que la identificación de los diferentes actores que forman parte del proceso de construcción sociotécnica nos permite discutir con aquellas visiones deterministas que solo hacen hincapié en los/as inventores/as o ingenieros/as para analizar procesos de innovación tecnológica. Para el caso del misoprostol, es central recuperar una de las críticas de Wajcman (2006) a este modelo: su falta de capacidad para identificar aquellos actores invisibilizados por el carácter androcéntrico de las sociedades. La forma de concebir el poder y/o de identificar solo conflictos observables conduce a quienes se enmarcan en estos modelos a la exclusión de algunos grupos. Al respecto, Wajcman (2006) afirma que “el problema a la hora de centrarse principalmente en los grupos sociales relevantes en el proceso de desarrollo tecnológico radica en cómo tener en cuenta a aquellos actores que reiteradamente quedan marginados o excluidos de una red” (2006:67). En relación a las tecnologías médicas, la investigadora Nelly Oudshoorn sostiene que las innovaciones médicas generalmente se adoptan antes de que se hayan probado a fondo, ya que “la difusión de nuevos medicamentos ocurre junto con la investigación y las pruebas” (Oudshoorn, 1994:83).

Los estudios de género han sido un gran aporte en pos de comprender el núcleo de la ciencia, sus objetivos y su forma de producción y objetivación del conocimiento. Muchas investigadoras feministas han problematizado el carácter patriarcal de la ciencia, pero no necesariamente respecto del “techo de cristal” que tiene esta para las mujeres como investigadoras (Harding, 1993), sino que discutieron la construcción misma de los problemas científicos (Fox Keller, 1982; Haraway, 1991). En este sentido, la presente investigación se enmarca en un campo de estudios que entrecruza ciencia, tecnología y género, entablando un diálogo con aquellos trabajos que proponen pensar artefactos desde esta mirada constructivista y crítica al androcentrismo. Siguiendo a Wajcman, “los enfoques de la tecnociencia contribuyen a comprender el cambio social al explorar cómo se coproducen las tecnologías y las nuevas formas de vida social” (Wajcman, 2006:64).

En este trabajo, nos proponemos problematizar cómo esta relación entre tecnología y sociedad emerge en los análisis sobre una serie de materiales que estabilizaron la posología abortiva del misoprostol cuando ya estuvo cerrada la controversia sobre sus posibles usos a fines de los 2000 (Mateo, 2023), específicamente a partir de una serie de textos que, a nuestro entender, la dan por finalizada en el período 2010-2012. Al mismo tiempo, buscamos examinar críticamente la forma en que dichos materiales utilizan el lenguaje de la ciencia como una verdad “sin marcas” donde el sujeto que co-construye esa tecnología es invisibilizado (Despret, 2018; Haraway, 1991).

Para poder hacerlo, fue necesario utilizar diferentes dispositivos que permitan explorar, describir y analizar el debate social alrededor de los problemas tecnocientíficos (Law, 2004). Por un lado, una serie de publicaciones para indagar respecto de la construcción sociotécnica del misoprostol tanto en el ámbito clínico como fuera de este, posibilitando entenderlo como un dispositivo configurado de determinadas maneras al coproducir su significado junto con los actores humanos (Cooren, 2004). Los elementos a los que hacemos referencia son: el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (2010), las guías de la Organización Mundial de la Salud (1997, 2003, 2012), y la construcción de materiales de intervención (folletos, cuadernillos, guías) de Socorristas en Red¹. Por otro lado, se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales de la salud, activistas y mujeres que utilizaron misoprostol para abortar.

Vinculado al corpus de personas entrevistadas, se dividieron en tres grupos: profesionales de la salud de distintas especialidades, edades y regiones para indagar sobre los usos del misoprostol,

¹ Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto es un grupo de personas que armaron la línea telefónica a partir de la cual, durante agosto de 2009 y agosto de 2010, dieron información sobre el uso seguro del misoprostol a 4500 mujeres que se comunicaron con ellas. Socorristas en Red es una articulación de diferentes grupos de acompañamiento a mujeres y personas con capacidad de gestar en la interrupción de sus embarazos de manera segura y cuidada, conformada en el 2014.

referentes de organizaciones del movimiento feminista centrales en la construcción abortiva del artefacto y personas que han realizado interrupciones del embarazo con esta droga de manera ambulatoria. Las mismas fueron realizadas en 2020 y 2021 (presenciales y virtuales en función del aislamiento por la pandemia de COVID-19). Para el reconocimiento de las voces de los/as entrevistados/as y el cuidado de su identidad se optó por utilizar un método de siglas: médicos/as generalistas (MG), mujeres que realizaron abortos de manera ambulatoria (MU) y militantes feministas (MF).

Sobre el análisis de documentos, se buscó analizar diferentes formas de estabilizar la construcción de una posología como parte del mismo entramado: basada en evidencia científica y en las experiencias de aquellas mujeres que utilizaron la medicación para abortar. En los materiales seleccionados podremos observar que, a partir de la mediación de cuestiones clínicas, legitimidades institucionales y accionar de organizaciones feministas, se puede afirmar que existe un consenso en torno al uso de la medicación de forma ambulatoria. Es decir, a partir de ellos hemos podido sostener que entre el 2010 y el 2012 diversos actores arriban a estos consensos: el misoprostol, usado de determinada manera, es seguro y efectivo para la realización de abortos ambulatorios.

Por un lado, las guías de la OMS –sobre todo la segunda edición del 2012– sintetizan la información basada en evidencia científica disponible hasta el momento sobre el uso de la medicación como método abortivo. La capacidad de las personas para interrumpir sus embarazos de manera segura sin necesidad de un/a profesional de la salud que realice la práctica será uno de los elementos centrales para indagar en dichas experiencias. No solo para recuperar aquellas discusiones sobre el poder médico hegemónico, sino porque permitirá observar cómo las colectivas feministas comenzaron a disputar la producción de evidencia científica a partir de la sistematización de las experiencias de acompañamiento en situaciones de aborto.

Por otro lado, el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto es clave para indagar en la coproducción de saberes en torno al artefacto. Allí se puede examinar la presentación de una posología clara sobre el uso del misoprostol en la realización de abortos ambulatorios a partir de la evidencia científica disponible y las experiencias de quienes lo utilizaron. A su vez, tres años después de su publicación, Socorristas en Red realizó un folleto que, usando este texto como fuente, circuló como guía en los acompañamientos presenciales que realizaron.

Estos episodios son fundamentales para sostener el cierre del proceso de estabilidad del artefacto y, por lo tanto, nos interesan en relación al mecanismo de clausura de la controversia sobre el uso seguro del misoprostol. En los próximos apartados haremos referencia a cada uno de ellos poniéndolos en diálogo con las entrevistas realizadas.

“El libro de la Barbie”: Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas

En 2010, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto publicó *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* por la Editorial El Colectivo, lo que constituye un momento clave porque propone una posología específica en relación al uso del misoprostol para la inducción de abortos ambulatorios. La misma es construida a partir de experiencias de mujeres que se comunicaron con una línea telefónica creada específicamente para brindar información sobre el uso de la medicación, profesionales de la salud con los/as que se entrevistaron y experiencias militantes feministas de otros países de Latinoamérica. El libro fue conocido en muchos lugares como “el libro de la Barbie” (por la imagen de su contratapa) y resultó un punto de inflexión sobre la difusión sobre el uso seguro del misoprostol por varios motivos. Principalmente, se transformó en una suerte de “prospecto feminista”. Ante la falta de información clara sobre el uso seguro de la medicación, el libro se constituyó como una apuesta política en torno a la autonomía reproductiva de las mujeres, pero también como una guía concreta para el momento de realizar el aborto. Utilizaba un lenguaje accesible y se organizaba de una manera clara, presentando la información a partir de capítulos en el orden en que ocurriría el proceso, paso por paso. Al final de cada uno de ellos, recuperaba las preguntas más frecuentes de las consultas telefónicas, dejando un lugar protagónico a las experiencias de las mujeres que habían utilizado la medicación con fines abortivos. Pensado como un libro accesible para mujeres de diferentes sectores sociales, también presentaba explicaciones sencillas sobre algunos aspectos claves para garantizar la seguridad del procedimiento, como un

calendario sobre cómo calcular las semanas de gestación en caso de no poder realizar una ecografía (2010:32) o un gráfico de una vagina como referencia para la colocación de las pastillas (2010:37). En la misma línea, a partir de relatos de mujeres que habían sido violentadas por médicos/as al solicitar información sobre aborto, realiza una serie de aclaraciones sobre el “maltrato médico” (2010:57).

En relación a la accesibilidad, el libro era muy económico y se comenzó a distribuir en espacios feministas y presentaciones organizadas por grupos militantes. Tenía como objetivo difundir información sobre el uso del misoprostol para que las mujeres pudieran decidir sobre sus embarazos de la forma más autónoma posible y con todas las opciones a su alcance.

En 2013, cuatro de sus integrantes escribieron un artículo reflexionando sobre su experiencia colectiva desde el 2009 hasta el 2012. Allí, recuperan esta publicación y sostienen que:

El libro está dirigido a lxs que quieren saber cómo hacerse un aborto con pastillas, y no a lxs que quieren discutir si abortar está bien o mal. Será por eso que se distribuyeron 3000 en los 2 días del ENM [Encuentro Nacional de Mujeres] de Paraná [Argentina]. En un año se distribuyeron los 10.000 ejemplares impresos, es el bestseller en la historia de las editoriales independientes. Lleva más de 200.000 descargas de Internet, contando sólo las 4 webs que lo colgaron originalmente. En 2012 salió la segunda edición, se lanzó también su versión chilena, y se preparan versiones similares en Perú, Ecuador y Venezuela [...]. El libro surgió como respuesta a una demanda que no teníamos capacidad de abarcar. Si a través de la línea constatamos la eficacia del misoprostol usado correctamente, también constatamos su ineficacia cuando se cometen errores en la administración del medicamento (Mines *et al.*, 2013:153).

Una de las militantes feministas de la línea telefónica que formó parte de la gesta de la publicación sostenía en una entrevista realizada para este trabajo que la idea del libro surge:

[para] tener información escrita y accesible como manual de consulta. En base a todas las consultas que habíamos recibido y cuáles eran las dudas más frecuentes. Como que era una necesidad que surgió espontáneamente. Era una necesidad grupal de decir ‘todos lo tienen que manejar, todos lo tienen que saber, no puede ser que no se sepa cómo es el uso del misoprostol’ (MF2).

Para la redacción del manual, por un lado, utilizaron información proveniente de organismos internacionales como la OMS y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y, por otro lado, de mujeres de todo el país que se comunicaron con la línea telefónica. El libro sostiene que la constitución del artefacto se encuentra en esas experiencias: “El misoprostol es un remedio que las mujeres usan para abortar [...]. El aborto con misoprostol fue descubierto por las mujeres pobres de América Latina que lo usan desde hace 30 años” (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010:16).

En este sentido, el manual afirma que el misoprostol es seguro para hacerse un aborto “en casa” porque una mujer puede hacerlo ella misma, es fácil hacerlo bien, no es necesaria la internación y son poco comunes las hemorragias y las infecciones. Esta construcción en torno a la seguridad de determinada posología del artefacto se presenta a partir de una articulación entre la evidencia científica disponible y la sistematización de experiencias de quienes lo utilizaron. Es por ello que entendemos la centralidad del libro en el análisis del cierre de la controversia en tanto representa una clara coproducción de saberes entre diferentes actores en relación al misoprostol y el aborto. Su referencia aparece en entrevistas a mujeres que lo utilizaron para abortar, en relatos de profesionales de la salud, militantes feministas y en el imaginario colectivo de quienes reflexionaron en la última década sobre el aborto medicamentoso y autogestionado. En las charlas sobre la temática se encuentran referencias al “libro de lesbianas”, el “manual de aborto en casa”, “el librito rosa de la Barbie” o “cómo hacerse un aborto con pastillas”. No solo cambió de nombres, sino que circuló de todas las formas posibles: de mano en mano, en fotocopia, como fanzine, y con los años, por internet. Esta publicación estuvo presente en gran parte de las experiencias de las mujeres que abortaron luego del 2010 en Argentina, de los grupos de acompañamiento en aborto que se gestaron en los años siguiente y de la formación de los/as profesionales de la salud.

Vinculado con la articulación entre estos profesionales y las compiladoras de la información, una de las discusiones centrales dentro del colectivo de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto sobre el uso de la medicación fue en torno de la recopilación de datos basados en evidencia científica. Aunque es central discutir la idea de que la medicina siempre está basada en evidencia científica –y resulta un aspecto clave teniendo en cuenta la reconstrucción de las indicaciones del misoprostol en un inductor contráctil (Mateo, 2023, 2024)–, en estas experiencias podemos observar la persistencia de la medicina como autoridad epistémica. En este sentido, los relatos de algunos/as entrevistados/as hicieron hincapié en cómo se construyó la evidencia científica de la publicación.

Ellas [Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto], por un lado, nos usaron un poco a nosotros [los/as médicos/as] como fuente de información y de búsqueda. Además, ellas se apoyaron mucho en el uso del misoprostol en otros países. Y usaron mucha información disponible. Ellas participaban de CLACAI que reúne organizaciones de distintos países. Se apoyaron en toda esa forma de construcción del conocimiento (MG4).

No obstante, lo que en esta cita es presentado por una médica generalista como “nos usaron un poco”, en otros relatos aparece como un intercambio de conocimientos y perspectivas en torno al misoprostol. Una de las profesionales convocada manifiesta que

Cuando empieza a desarrollarse el libro de Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto, nos convocan a mí y a [se omite el nombre para preservar el anonimato] a una reunión como para que les contemos qué experiencia veníamos teniendo con el uso del misoprostol, porque fue también de esa manera que se fue nutriendo el libro (MG1).

En este fragmento es posible subrayar esa coproducción de saberes en torno al artefacto por parte de las feministas y las/os profesionales de salud, pero también permite indagar cómo estos grupos sociales relevantes se entraman con las experiencias de quienes utilizaban la medicación en la inducción de abortos. Al analizar la coproducción de esta tecnología en clave de género (Wajcman, 2006) podemos dar cuenta de la centralidad que tuvo la articulación entre activistas y médicas que, desde las visiones lineales de medicina basada en evidencia, hubieran quedado excluidas del análisis.

Ahora bien, luego de la publicación del libro, su circulación entre los/as profesionales de la salud fue clave para generar confianza en el método entre quienes aún no habían comenzado a utilizarlo dentro de sus prácticas clínicas. Una de las médicas generalistas entrevistadas sostiene que “Fue muy pedagógico ese libro. Nos enseñó a los profesionales a usar el misoprostol. Es imposible no valorar que fue así.” MG1, mientras que otra afirma que:

Nosotros, como Asociación de Medicina General, nos aliamos con el movimiento de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto [...]. Fue muy importante porque, por un lado, ellas empezaron a articular con nosotros la atención de las mujeres que llamaban a la línea y, por el otro lado, la verdad es que nos ayudaron muchísimo a conocer el misoprostol (MG4).

Este proceso de articulación nos permite analizar cómo algunas de sus protagonistas han problematizado la autoridad epistémica de los laboratorios y la circulación de la información clínica basada en evidencia científica. La misma entrevistada afirma que “Uno a veces piensa en la ciencia desde la academia y la verdad es que el conocimiento que nosotros tuvimos del misoprostol lo tuvimos de la mano de las mujeres y de esta organización [en relación a Lesbianas y Feministas]” (MG4). Sin embargo, el libro también acompañó las experiencias de diferentes colectivos feministas que comenzaban a gestarse a lo largo y ancho del país, ya que representó “un material enorme en términos de la socialización del conocimiento con el uso del misoprostol” (MF1).

En referencia a su circulación, en un primer momento se constituyó como un material de consulta, de intercambio entre las militantes feministas –no solo las que formaban parte de Lesbianas y Feministas– y las mujeres que recurrían a ellas en busca de un aborto. Sobre este proceso, una entrevistada narra que:

Ya teníamos el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto [...]. Les comprábamos a las compañeras de Lesbianas y Feministas de a 50, de a 100 libros. Era un libro

muy accesible en términos económicos. Recuerdo que valía cinco pesos. Y nosotras a las mujeres que veíamos [en busca de un aborto seguro] se los dábamos, se los vendíamos, ‘vale cinco pesos, ¿lo querés?’ Como que nos parecía que allí había muy buena información que podía ayudar a quienes necesitaban abortar. Como nos ayudaba a nosotras para aprender cosas (MF1).

Al mismo tiempo que se distribuía de mano en mano entre activistas, personas que deseaban interrumpir la gestación y profesionales de la salud, formaba parte de los materiales presentes en algunas de las jornadas de difusión de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito de Argentina: “Invitamos a compañeras que revendían el libro, que estaban asociadas a Lesbianas y Feministas. Obvio que todas nos compramos el libro. Teníamos el manual de aborto con pastillas” (MF3). Fue por ello que quienes compartían el libro se transformaron en una referencia sobre aborto. A partir del 2011 “comienzan a llegar casos de mujeres en situación de aborto. En esos casos, dábamos el teléfono de la línea, dábamos el manual y respondíamos consultas por el Facebook” (MF3).

El libro empieza a circular como un material clave sobre interrupciones del embarazo con misoprostol en diversos espacios y, a partir del 2010, también se encuentra en las experiencias de las mujeres que lo utilizaron como guía para realizarse abortos medicamentosos. Algunas entrevistadas sostienen que:

Mi amiga me dio una mano, me dio un librito (MU5).

Yo en ese momento conocía un poco por un manual que se había difundido [...]. Yo tenía muchas inquietudes, lo leí. Me parecía interesante porque aparte era un colectivo de lesbianas, algo así, les escribí y ese manual fue el que me hizo pensar que tenía otra alternativa [...] Ese manual me hizo decidir, que uno puede decidir por su cuerpo (MU6).

Nos pasó una revista de una Barbie, que explicaba mucho sobre el misoprostol. La tapa era rosa con una Barbie en un descapotable. Era una revista muy divertida, que explicaba muy bien, a pesar de toda esa parte de humor, los usos y los riesgos del misoprostol (MU8).

Se hablaba de que abortábamos, hablábamos de “la pastilla” y no se daban muchos detalles acerca del uso. Yo creo que cuando tomé consciencia de cómo se usaba, fue por el libro de Lesbianas y Feministas que ahí nos llegó en lo concreto: este es el método que usamos para abortar con la pastilla (MU21).

A partir de la articulación entre las diversas experiencias en relación al texto podemos afirmar que se constituye como un elemento clave para pensar el cierre de la controversia en torno de la posología del misoprostol como artefacto abortivo que, en los años siguientes, se establecerá como la “forma correcta” de utilizarlo. De esta manera, forma parte del entramado de actores no humanos que se alistan en torno a que un aborto con pastillas es seguro cuando se utilizan de determinada manera.

Las guías de aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud

A fines del siglo XX, recién empezaba a cobrar fuerza la asociación entre el aborto clandestino y los índices de mortalidad materna. A partir de una reunión realizada en Génova en 1994, la OMS publicó el primer informe sobre métodos de aborto, que comienza diciendo “este informe contiene las opiniones colectivas de un grupo internacional de expertos y no necesariamente las decisiones o la política declarada de la Organización Mundial de la Salud” (1997, portada). Pese a las advertencias, presentaba un recorrido histórico en torno a las discusiones sobre la cuestión y recuperaba datos demográficos sobre el aborto inducido como una problemática de salud pública. Un grupo de médicos/as y científicos/as había sostenido dos aspectos claves sobre el tema:

Los métodos médicos para inducir el aborto incrementan las posibilidades de elección y pueden contribuir a mejorar la salud reproductiva (y) se requieren más investigaciones para mejorar los métodos médicos actuales para inducir el aborto a través de la identificación de nuevos agentes

farmacéuticos con características superiores a los disponibles actualmente o con un modo de acción diferente (Organización Mundial de la Salud, 1997:3).

Como consecuencia, el informe proponía presentar los avances en relación a la investigación clínica sobre aborto medicamentoso. Mientras recuperaba la importancia del rol que tenían las prostaglandinas naturales en la regulación de la actividad uterina y advertía la peligrosidad de su uso, mencionaba que comenzaba a disminuir por los avances en la autorización de licencias farmacéuticas para que los laboratorios investiguen sobre prostaglandinas de tipo sintético. En este marco, hacía hincapié en la centralidad de la estabilidad química del misoprostol a temperatura ambiente y que “a diferencia de los otros análogos de prostaglandinas, es económico. También se ha demostrado que las tabletas de misoprostol, para uso oral, son eficaces para inducir la contractilidad uterina cuando se administran por vía vaginal” (Organización Mundial de la Salud, 1997:22).

Aun así, los/as profesionales de salud entrevistados/as para esta investigación no refirieron a este informe al ser consultados/as por su conocimiento sobre los métodos de aborto medicamentoso. Es posible aventurar que se debió a su poca circulación y que no fue traducido al español, pero lo que sí mencionaron muchos/as de ellos/as fue la incapacidad de acceder a los materiales existentes sobre el tema. Por lo tanto, algunos/as mencionan la guía de la OMS del 2003 pero, en su gran mayoría, sostienen que el primer contacto que tuvieron con los datos sobre uso del misoprostol desde la OMS fue con la segunda edición del 2012. Por lo tanto, en este apartado nos interesa analizar la Guía técnica y de políticas para sistemas de salud denominada “Aborto sin Riesgos” (2003) y su segunda edición (2012). Pese a que la OMS no puede obligar a los Estados miembro a cumplir sus recomendaciones, se torna una referencia para la implementación de políticas públicas. En el caso de Argentina, los/as profesionales de la salud utilizaron los manuales de la OMS como una cita de autoridad para justificar sus prácticas clínicas. Es por ello que buscaremos problematizar la forma en que este organismo internacional imprime una serie de indicaciones sobre el fármaco como método abortivo –a diferencia de su primera inscripción como protector gástrico– que serán mencionados tanto en las experiencias de los/as profesionales de la salud como en las referencias de la información que circuló entre las feministas. Es decir, a través de estas guías, se asientan muchos de los significados que luego asociarán al misoprostol como un método abortivo seguro y cerrarán la controversia en torno a su uso.

A partir de los relatos presentes en las entrevistas realizadas, podemos sostener que estos materiales resultaron claves en las trayectorias de los/as profesionales de la salud porque, al comenzar a utilizar el misoprostol en la interrupción de embarazos, no disponían de mucha información respecto de las posologías.

Yo aprendí del uso. No sé si te puedo decir que leí tanto. Ahora sí hay un montón de material y la OMS te dice cómo usarlo. En ese momento también había un manual de la OMS que decía cómo usar misoprostol [en relación a la guía del 2003]. No es que no... pero la verdad es que era bastante pobre, como que te dejaba un montón de dudas como que no es efectivo en el 100% de los casos. En esos momentos, cuando fallaba el misoprostol no había otra cosa. No había mucho... ‘usalo de vuelta y fijate que pasa y usalo de vuelta’. Después había embarazos que continuaban porque el misoprostol falló tres veces (MG1).

Aunque se mencionan algunos protocolos sobre el uso del misoprostol, los/as profesionales de la salud dan cuenta de las complejidades en la circulación de la información en la época y la poca claridad o “seguridad” respecto de la droga. Una médica generalista entrevistada comenta que los informes que utilizaban como evidencia científica que sostuvieran sus prácticas clínicas eran:

La primera guía de la OMS que hablaba del misoprostol y la de FLASOG sobre los usos de misoprostol en ginecología y obstetricia, que en realidad hablaba más en general que para interrupción voluntaria. Y bueno, después me acuerdo que teníamos un CD con todos los artículos bajados, de las búsquedas que hacíamos. Habían aparecido las guías, pero hasta ese momento, era rajuñeando (sic) (MG4).

La mención sobre el uso del misoprostol para ginecobstetricia en general y no para la interrupción de embarazos en particular se vincula con los marcos en los cuales se producía la

sistematización de la información. Una revisión realizada por Blanchard et al. (2002) para el Journal The American College of Obstetricians and Gynecologists, presentaba todos los posibles usos del misoprostol, no solo aborto inducido, sino también trabajo de parto, parto y evacuación uterina luego de un embarazo detenido, con la intención de justificar la importancia de la aprobación de su uso en ginecología y obstetricia. En esta línea, la guía del 2003 se propuso como una primera respuesta desde la OMS a los objetivos del milenio en torno de la disminución de la mortalidad materna. El documento afirmaba en su introducción que “provee una guía para transformar ese compromiso en una realidad” (2003:9), asociando aborto y mortalidad. Aun así, en muy pocas entrevistas puede apreciarse la referencia a la existencia de este manual y casi todas evocan la publicación del año 2012:

En esta primera guía azul [la del 2003] no había nada sobre el sistema de salud, había muy poco sobre marcos de derechos. Había algo, pero comparado con la guía del 2012 de la OMS, era poco. De hecho, si bien menciona mifepristona y misoprostol, dice que los métodos preferidos para ser utilizados hasta las 12 semanas [son] aspiración manual o eléctrica o métodos médicos, pero seguían hablando que la elección eran los quirúrgicos; estaba mucho más desarrollado el tratamiento quirúrgico [...]. Dice que el desarrollo de un régimen de tratamiento óptimo para el uso de misoprostol solo está actualmente bajo investigación. Estábamos en esa situación, imagínate que la OMS no hablaba de misoprostol solo. Eso en la guía de 2012 cambia radicalmente (MG7).

La guía de aborto sin riesgos del 2003 presentaba en primera instancia los métodos quirúrgicos, recomendando el AMEU antes de la semana 12 y luego la dilatación y evacuación (o legrado). En relación al aborto medicamentoso, hacía referencia al uso del misoprostol asociado a la mifepristona, a partir de la semana 5 de gestación hasta la 9 y luego de la 12 en adelante. Para el período que va desde la semana 9 a la 12, se afirma que aún se encuentra en investigación. Además, al igual que la revisión publicada por Blanchard et al. (2002), la guía mencionaba el uso de misoprostol solo a partir de la semana 12 de gestación. Sin embargo, es importante señalar que el manual del 2003 no indicaba posologías, sino que se proponía como una guía para la implementación de políticas públicas y no como un manual para los equipos de salud.

Si tenemos en cuenta que, según las entrevistas realizadas para este trabajo, la necesidad de los/as profesionales de la salud que estaban recomendando el uso del misoprostol para la interrupción de embarazos radicaba centralmente en disponer de una posología clara sobre uso de la medicación, esta guía no respondía a esos interrogantes. Eso explicaría por qué en sus relatos suele mencionarse la segunda edición. Incluso algunos/as sostienen que “el primer protocolo de 12 [pastillas] fue la guía de la OMS del 2012.” G1. “Ya estaba el protocolo del 2012 de la OMS [...]. Ese era nuestro aval científico” (MF3). Luego de presentar la posología correspondiente al tratamiento de aborto medicamentoso con mifepristona y misoprostol, tenía un apartado específico sobre el misoprostol solo. Vinculado con su uso en embarazos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación, la guía del 2003 sostenía que:

El misoprostol solo también ha sido estudiado en términos de efectividad y seguridad. Si bien no se han llevado a cabo estudios comparativos, la información disponible sugiere que la efectividad del misoprostol solo es inferior, el procedimiento tarda más y es más doloroso con mayores efectos gastrointestinales colaterales que el régimen combinado con mifepristona (Organización Mundial de la Salud, 2003:39).

En síntesis, en la guía del 2003 el misoprostol se encontraba asociado al uso de la mifepristona para realizar abortos químicos y no se recomienda su uso sin combinación. Ahora bien, esta recomendación cambió en la guía de aborto sin riesgos de la OMS del 2012. Aunque también sostenía que no era conveniente el uso de misoprostol solo en el caso de estar disponible la mifepristona, a diferencia del anterior, no era solo un manual para la formulación de políticas públicas sino también una guía técnica para los equipos de salud. En este sentido, comenzaba de la siguiente manera:

Durante las últimas dos décadas, la evidencia relacionada con la salud, las tecnologías y los fundamentos lógicos de los derechos humanos para brindar una atención segura e integral para

la realización de abortos han evolucionado ampliamente (Organización Mundial de la Salud, 2012:1).

La profundidad que adquirió esta segunda edición con respecto a la anterior es notable. Al igual que la guía de 2003, planteaba que el aborto medicamentoso recomendado era aquel que combinaba la mifepristona seguida del misoprostol, pero a diferencia de la anterior, presentaba tanto la posología como la evidencia científica necesaria para el uso del misoprostol solo. En este sentido, realizaba dos aclaraciones claves en relación a la información recabada: el vigor de la recomendación y la calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado. En el caso de los embarazos cuya edad gestacional es menor a 12 semanas, ambos indicadores eran altos. Sin embargo, en el caso del uso del misoprostol solo luego de la doceava semana de gestación, aunque el vigor de la recomendación era fuerte, la calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado era baja o moderada. En los anexos presentaban nuevamente esta información adicionando algunas notas aclaratorias como que “La administración sublingual está asociada con índices más altos de efectos secundarios que la administración vaginal. En mujeres nulíparas, la vía sublingual es también menos eficaz cuando se usan los intervalos mayores que 3 horas entre las dosis repetidas” (Organización Mundial de la Salud, 2012:115).

En la década que transcurrió entre ambos materiales “se ha generado y publicado una cantidad significativa de datos nuevos asociados con los aspectos epidemiológicos, clínicos, legales, de la prestación de servicios y los derechos humanos relacionados con la atención para un aborto sin riesgos” (Organización Mundial de la Salud, 2012:10). La fuente primaria de la evidencia para las recomendaciones, realizadas entre un panel global de partes interesadas internacionales –compuesto por profesionales de la salud, directores/as de programas sanitarios, investigadores/as, metodólogos/as, abogados/as de derechos humanos y defensores/as de la salud de la mujer y los derechos humanos– fueron revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados. No solo presentaba la información clínica sobre el uso de la mifepristona y el misoprostol sino también sobre la atención pre y post aborto desde una mirada de salud integral. Por lo tanto, recuperaba información basada en evidencia sobre los antecedentes médicos, los exámenes físicos, las ecografías, los laboratorios, entre otros. Sin embargo, a diferencia de la primera edición, presentaba una posología del uso del misoprostol solo para aquellos países donde era la única medicación abortiva disponible:

Los regímenes recomendados de misoprostol son 800µg administrados por vía vaginal o sublingual, con una dosis repetida en un intervalo no menor a 3 horas y durante no más de 12 horas con tres dosis como máximo. Este régimen es entre el 75% y 90% eficaz para completar el aborto. La administración sublingual es menos eficaz que la administración vaginal, salvo que se administre cada 3 horas, pero este régimen tiene índices altos de efectos secundarios gastrointestinales (Organización Mundial de la Salud, 2012:46).

Sobre esta presentación del uso del misoprostol nos interesa plantear dos cuestiones, aunque desarrollaremos en profundidad la segunda. En primera instancia, esta posología presenta diferencias en relación a la propuesta en el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. En el manual de la organización se sostiene que, en los embarazos con edad gestacional menor a 12 semanas, el método vaginal debería completarse con 12 horas de intervalo horario y que la administración sublingual es igual de eficiente. En segunda instancia, resulta interesante que las citas bibliográficas a las que hacía referencia la guía eran una compilación de Kulier (2011) sobre métodos de aborto y dos textos de Costa y Vessey (1993) y Faundes et al. (2007). Estas investigaciones utilizaban como material de análisis historias clínicas de mujeres que utilizaron misoprostol para realizarse un aborto y tuvieron que acudir a un hospital en algún momento del proceso como consecuencia de una complicación. Es decir, la OMS utilizaba como evidencia empírica aquellos textos que construyeron dicha información a partir de las experiencias de las mujeres que utilizaron misoprostol por fuera del sistema de salud en Latinoamérica. Aquella idea de la medicina basada en evidencia científica con ensayos clínicos de doble ciego donde la importancia radica en el método no da cuenta de la inclusión de investigaciones cuyo sujeto fueron las mujeres que utilizaron la medicación e indagaron en las experiencias a partir de la lectura de historias clínicas. Aunque el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto también recupera los relatos de

quienes utilizaron el misoprostol para abortar ya que utilizaba las preguntas que realizaron en la línea telefónica como forma de presentación de la información, en la guía de la OMS, estas experiencias autogestivas se ocultaban detrás de la referencia bibliográfica de dos estudios contruidos a partir de ellas.

Lo que nos interesa sostener es que el análisis de la guía demuestra aquello que Donna Haraway discute en *Ciencia, cyborg y mujeres* (1991) sobre la constitución del lenguaje de la ciencia como una verdad ‘sin marcas’ donde el sujeto, en este caso las mujeres que utilizaron intuitivamente el misoprostol como inductor de contracciones para producir un aborto, es invisibilizado. En el mismo sentido, la filósofa Vinciane Despret manifiesta que la estrategia del “hacer científico” produce un intento de distanciamiento que se traduce en un conjunto de reglas donde “el rechazo a las anécdotas [...] aparecerán como una marca de la ciencia auténtica” (Despret, 2018:61). Esta forma constitutiva del lenguaje científico oculta en su construcción el rol protagónico de estas mujeres.

Como hemos mencionado en la introducción, no es novedosa la idea en torno de la construcción social de la ciencia y la tecnología. Tampoco las reflexiones en torno de la construcción tecnológica como un proceso multidireccional donde diferentes actores forman parte de los procesos de innovación. Sin embargo, los aportes de autoras feministas nos permiten analizar algunas aristas particulares para el caso de estudio. Así como Haraway (1991) y Despret (2018) nos permiten problematizar las ideas en torno de la ciencia como una verdad separada de aquellos científicos que la construyen, los aportes de Oudshoorn (1994) nos posibilitan indagar en las tecnologías biomédicas en particular. La forma en la que la OMS estabilizó, en parte, un uso abortivo del misoprostol como una de las formas más efectivas y eficientes para realizar interrupciones de la gestación –tanto en contextos de legalidad como de ilegalidad– ocultó dos aspectos esenciales. Por un lado, que habían sido las mujeres quienes habían comenzado a utilizar la medicación de forma intuitiva y las posologías presentadas responden en primera medida a esas experiencias que, a su vez, habían ocurrido en la ilegalidad. Por el otro, que esta forma de construcción de la posología pone en jaque aquellas nociones de la medicina basada en evidencia que sostienen los ensayos clínicos como base empírica.

Al contrario de la propuesta narrativa de la guía de la OMS, el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto menciona constantemente que las fuentes de conocimiento no fueron solo los organismos internacionales sino también las mujeres de todo el país que se comunicaron con la línea telefónica.

Las redes de acompañamiento en situaciones de aborto

A fines de la década del 2000 surgió el “Socorro Rosa” desde la Colectiva Feminista La Revuelta en el sur de Argentina, presentando algunas diferencias con la línea telefónica de Lesbianas y Feministas. Sobre todo, en relación a la forma en que se brindaba la información y el seguimiento del aborto durante el proceso. Respecto de esta forma de funcionamiento, la socióloga Julia Burton explica que:

Cada colectiva feminista tiene un número telefónico que es público al que llaman las mujeres. Allí, las atiende una de las militantes, con quien coordinan un encuentro. La telefonista anota a la mujer en uno de los talleres programados en la semana, al cual la mujer puede asistir sola o acompañada por quien quiera [...]. Estos talleres se desarrollan en diferentes espacios según cada colectiva. Los encuentros son grupales entre varias mujeres que están por abortar y una dupla socorrista que brinda información [...]. Mientras dura el taller, se brinda información sobre el uso seguro de medicación para abortar, se habla sobre el momento del aborto y qué cuestiones es necesario tener en cuenta en el momento que lo hagan (Burton, 2017:12-13).

De esta manera, comenzaron a diferenciarse de la forma que adoptó Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto en torno a la circulación de la información proponiendo un acompañamiento presencial. En este espacio se establecieron una serie de disputas sobre el artefacto al recuperar los materiales trabajados –el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto y el manual de la OMS– pero presentados de otra forma. Al igual que *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, proponían un lenguaje accesible para divulgar el uso seguro del misoprostol, pero no les interesaba un libro que “salde todas las dudas posibles” sobre

la medicación, sino un folleto breve que sirviera de guía para la información que se brindaba de manera presencial. Afirmaban que el misoprostol como método abortivo era seguro solo utilizado de la forma correcta y, por lo tanto, enfatizaban la importancia del acompañamiento y el seguimiento telefónico.

Por lo tanto, Socorristas en Red se configuró como una articulación de espacios feministas que buscaba proponer acciones concretas en pos no solo de la legalización del aborto sino de la resolución real de las problemáticas de las mujeres a partir de estos espacios. Algunos años antes de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Julia Burton sostenía que:

Sus militantes generan estrategias colectivas en las que una situación penada por ley, con una carga moral negativa y que suele ocultarse, puede realizarse de manera segura y acompañada. Desde el conocimiento situado que implica poner sus cuerpos en este tipo de acción colectiva, buscan generar otros sentidos y otros saberes sobre las prácticas de abortar (Burton, 2017:13-14).

Aunque en un primer momento la configuración del Socorro Rosa se pensó como un ‘plan B’ hasta que el aborto legal en Argentina fuera una realidad, una entrevistada sostiene que esta idea se transformó en “el socorro como una apuesta política para que el aborto sea legal” MF1. Esta intención radica en pensar las articulaciones no solo entre las diferentes colectivas de acompañamientos en situaciones de aborto con misoprostol, sino también con efectores/as de la salud que, en un escenario de legalización, deberían garantizar las prácticas dentro del sistema de salud público y privado (Zurbriggen *et al.*, 2013). Con esto, La Revuelta apostó no solo a una articulación con el sistema de salud sino también entre diferentes experiencias de acompañamiento a nivel nacional. En el 2011 – dos años después del primer acompañamiento realizado– comenzó a gestarse la red de Socorristas y, para el 2013, la articulación ya había empezado a formarse, muchos grupos se habían sumado en diferentes lugares del país y comenzaban a tener una impronta propia que luego se transformaría en un nombre, una estética, un blog, una página web, una forma de organización y una noción en relación al misoprostol y sus usos. Aunque cada grupo de acompañamiento adquirió dinámicas propias del contexto en que estaban situadas, se mantenían algunos criterios generales, principalmente la toma de decisiones políticas en reuniones anuales. Con una forma de acompañamiento similar, cada espacio comenzó a tener su propio teléfono y a “entrar en la dinámica del formato que le quería dar La Revuelta a ese espacio, de acompañamiento cara a cara” (MF3). Es decir, “el dispositivo socorrista consiste en una serie de premisas organizativas que funcionan como protocolo de acompañamiento a las mujeres que las contactan” (Burton, 2017:12).

Ahora bien, en nuestro afán por problematizar cómo construyen al misoprostol como una droga abortiva, nos interesa hacer hincapié en dos aspectos: la construcción del conocimiento en torno del artefacto y la manera de informar respecto de la posología y las indicaciones asociadas. En el primer caso, las formaciones internas consistían en la búsqueda de lecturas y materiales bibliográficos como el libro de Lesbianas y Feministas y la guía de la OMS, a su vez que las diferentes experiencias también formaban parte de la producción de saberes en torno del misoprostol:

Entonces ahí yo llevo el libro de Lesbianas y Feministas para que [nuevas integrantes del grupo] lo lean. Y el primer taller de formación ya lo hacemos con el manual de la OMS, ya empezábamos a buscar otra información (MF4).

El contacto con La Revuelta lo que hace es generar una lista de mails, había mucha consulta y mucho debate sobre algunas cosas, ¿no? Cómo se usaban las pastillas, qué pasaba con el sangrado, las experiencias de cada colectiva sobre los acompañamientos, relatos, situaciones (MF3).

Y empezaron a aparecer las guías de la OMS, y empezaron a aparecer también las guías de la FLASOG, que fuimos leyendo, estudiando, bajando de internet, vinculándonos también, por lo menos nosotras Las Revueltas, a compañeras del CEDES [...]. [La búsqueda de la información sobre el misoprostol] Me parece que fue como un poco a tientas y a ciegas. Sí sabíamos que teníamos que saber más. Y la que encontraba algo, mandaba. Y ‘tengo este manual, lo voy a bajar, fotocopio para todas’. No solamente el manual de las compañeras de la línea, sino que también allí había bibliografía que podíamos consultar. Y se fue armando como un capital cultural

enorme. Este hacer, voluntarioso, era un hacer basado en la confianza que nos daba saber que eso nos iba a beneficiar y que para acompañar teníamos que ser lo suficientemente responsables como para saber un poco más de la medicación (MF1).

En estas citas se pone de relieve la forma que adquiere la información y se incorpora un elemento clave en torno a cómo se coproducen los saberes: el intercambio entre las militantes feministas. Lo central de estas experiencias es que son compartidas en el marco de una ‘apuesta política’ para que las mujeres puedan abortar de manera segura. A partir de ellas, desde Socorristas en Red, se discuten los propios protocolos de acompañamiento y se construye evidencia empírica en torno a esas experiencias que denominarán: sistematizaciones de acompañamientos.

En relación al segundo punto, a diferencia de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, el folleto que construyó Socorristas en Red fue una síntesis de los puntos más importantes sobre el misoprostol y sus indicaciones asociadas. Este material citaba como fuente el libro mencionado, aunque contenía menos información pues buscaba cumplir otro objetivo: no se presentaba como una guía que resuelva las potenciales preguntas de las usuarias, sino que representaba un resumen con la información mínima que las mujeres deben saber y se complementaba con el encuentro cara a cara y el seguimiento telefónico. De esta manera, la información sobre la posología para utilizar el misoprostol como tecnología abortiva aquí aparecía presentada de otra manera. Proponía una serie de pasos para su empleo y solo hacía énfasis en algunos aspectos claves: la metodología para la utilización de la medicación, los síntomas propios del procedimiento, los efectos adversos, los signos de alerta en caso de requerir asistir a un centro de salud, la referencia al tamaño del saco gestacional y el uso no indicado del misoprostol. Es decir, estabilizaba una forma de uso de la medicación, pero también un conjunto de síntomas sobre los cuerpos asociado a sus indicaciones de su uso abortivo. Por lo tanto, se presentaba un nuevo conjunto de contraindicaciones en relación específica a su uso abortivo.

En este punto se puede analizar claramente aquello que introducíamos sobre el final del apartado anterior respecto del ocultamiento de las mujeres que utilizaron misoprostol en la presentación de los datos de la OMS. En el caso de los materiales de Socorristas en red y Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, las experiencias de quienes interrumpieron sus gestaciones con esta medicación adquieren un rol protagónico. Justamente, la apuesta es a la no invisibilización del papel que tuvieron estas mujeres en la construcción de los usos abortivos de la droga.

En este sentido, a diferencia de los análisis lineales de la innovación tecnológica y siguiendo la propuesta crítica de Oudshoorn (1994) a estos modelos que hemos retomado en la introducción del artículo, el misoprostol no fue una droga diseñada en un primer momento con fines abortivos, sino que su desarrollo fue en el campo de la gastroenterología. Por tanto, aunque ya fue analizado en otros artículos el proceso por el cual una serie de actores reconstruyen las contraindicaciones iniciales de la droga (Mateo, 2022, 2023, 2024), en este punto nos interesa particularmente cómo la controversia que se cierra en torno de la posología se inscribe en los materiales que circulaban en la época. Estos documentos, tuvieron un rol central en relación con la estabilización de la droga como un método abortivo al establecer una posología común. En las décadas siguientes, las experiencias formales e informales de abortos ambulatorios se realizarán con la posología de la droga inscrita en estos materiales que, como ya hemos dado cuenta, tuvieron como base de forma explícita o implícita, las experiencias de aborto en la clandestinidad.

Reflexiones finales sobre cierre de la controversia

En relación a la inscripción del cierre de la controversia en torno de la coproducción de la posología sobre el misoprostol como un artefacto abortivo, lo que nos interesó en este artículo fue demostrar, a partir del análisis de los materiales seleccionados y las entrevistas realizadas, cómo se imprimió en los textos de la época una serie de indicaciones sobre el uso abortivo de la droga. Nos interesó demostrar, especialmente, cómo esta estabilización no estuvo basada en una construcción lineal de las tecnologías biomédicas sino en un proceso de articulación y coproducción de saberes.

En este artículo hemos partido de comprender que un artefacto farmacológico no es solo su posología sino todos los aspectos que lo constituyen como tal. Por un lado, se ha evidenciado en reiteradas ocasiones el contraste en torno a la forma en que se presenta la información en los manuales de la OMS y en las ediciones feministas. Hemos mostrado cómo, a diferencia del libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto o el folleto de Socorristas en Red, el manual de la OMS se centra en la atención clínica. Al apuntar a un público específico del ámbito sanitario, no resultaba accesible para las mujeres en general, sobre todo en relación al lenguaje implementado. En este sentido, la guía de la OMS daba por sentado que el proceso de aborto con misoprostol estaba acompañado por un/a médico/a. En cambio, la información difundida por los colectivos feministas recuperaba un aspecto clave del procedimiento: qué hacer en caso de una complicación y la necesidad de acceder a un centro de salud en el marco de la clandestinidad del aborto. Mientras que el folleto de Socorristas en Red especificaba cuáles son los signos de alerta por los cuales es necesario acercarse a un centro de salud, el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto directamente presentaba un capítulo específico sobre “Derechos de las mujeres, obligaciones de los equipos de salud” donde proponía estrategias para evitar el maltrato de los mismos.

Ahora bien, estos materiales tampoco se presentaban como antagónicos. Mientras que el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto se asentaba en la poca información proveniente de la OMS y FLASOG, las experiencias de quienes llamaron a la línea telefónica y las trayectorias militantes de feministas ecuatorianas, el manual de la OMS del 2012 utilizaba evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y una serie de investigaciones científicas. Sin embargo, cuando rastreamos la forma en que dichas investigaciones se habían realizado, lo que hemos encontrado es que su fuente de análisis fue la sistematización de las prácticas de mujeres que requirieron de intervención hospitalaria luego de utilizar la medicación. En estos trabajos, lo que se invisibiliza no solo fueron esas experiencias de aborto medicamentoso, sino la clandestinidad en la que ocurrieron. Por último, los materiales de Socorristas en Red recuperaban el manual de la OMS del 2012, el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto y el intercambio con otros espacios feministas.

Lo que mostramos en este artículo es la articulación entre los materiales y las experiencias, tanto de las mujeres que utilizaron misoprostol para abortar como de las militantes feministas. Sin embargo, lo que aparece como central en esta articulación es la diferencia en la forma en que se presentan los datos científicos: mientras que los documentos de la OMS se presentaban como un conocimiento sin marcas (Despret, 2018; Haraway, 1991) sin dar cuenta de la clandestinidad en la que acontecieron esas experiencias, donde las mujeres pusieron en riesgo sus vidas para acceder a un aborto, los materiales producidos por la militancia feminista pusieron las experiencias en un rol protagónico. En este punto, fue clave el enfoque tecnofeminista para poder poner en jaque a aquellas visiones constructivistas que excluyen a algunos grupos (Wajcman, 2006). En este caso, esos grupos fueron las mujeres que interrumpieron sus gestaciones por fuera de los marcos normativos. A partir de los documentos producidos por el activismo feminista hemos podido recuperar esas agencias para dar cuenta de su centralidad en la estabilización del uso abortivo del misoprostol en Argentina.

Referencias bibliográficas

- BLANCHARD, Kelly; CLARK, Shelley; WINIKOFF, Beberly; GAINES, Gayle; KABANI, Ghazala & SHANNON, Caitlin. Misoprostol for women's health: A review. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, p.316-332. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01701-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01701-x)
- BLOOR, David. *Conocimiento e imaginario social*. Barcelona: Gedisa, 1976.
- BORDA, Lidia & SPATARO, Carolina. El chisme menos pensado: El debate sobre aborto en intrusos en el espectáculo. *Sociales en Debate*, 2018, p.1-8.
- BURTON, Julia. De la Comisión al Socorro: Trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina. *Descentrada*, e020, 2017, p.1-17. <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe020>

- CALLON, Michel. El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico. In: DOMÈNECH, Miquel & TIRADO, Francisco (Eds.). *Sociología simétrica: Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Gedisa, 1998, p.143-170. Barcelona
- COOREN, François. Textual Agency: How Texts Do Things in Organizational Settings. *Organization*, 2004, p.373-393. 10.1177/1350508404041998
- COSTA, Sara. & VESSEY, Martin. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet*, 1993, p.1258-1261. 10.1016/0140-6736(93)91156-G
- DESPRET, Vinciane. *¿Qué dirían los animales... si les hiciéramos las preguntas correctas?* Cactus, 2018. Buenos Aires
- FAUNDES, Aníbal; FIALA, Christian; TANG, On Shan & VELASCO, Alicia. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2007, p.S172-S177. 10.1016/j.ijgo.2007.09.006
- FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico: Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza Editorial, 1935.
- FOX KELLER, Evelyn. Feminism and Science. *Signs*, 1982, p.589-602. <http://www.jstor.org/stable/3173856>
- HARAWAY, Donna. *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Ediciones cátedra, 1991.
- HARDING, Sandra. *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Morata, 1993.
- KNORR CETINA, Karin. *La fabricación del conocimiento: Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2005.
- KULIER, Rebecca; KAPP, Nathalie; GÜLMEZOGLU, A. Metin; HOFMEYER, G. Justus; CHENG, Lin & CAMPANA, Antonio. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Fertility Regulation Group, 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub4>
- LATOUR, Bruno & WOOLGAR, Steve. *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza, 1979.
- LAW, John. *After method: Mess in social science research*. Londres: Routledge, 2004.
- LESBIANAS Y FEMINISTAS POR LA DESCRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO (Ed.). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*. Buenos Aires: Editorial El Colectivo, 2010.
- MATEO, Natacha. La construcción social del misoprostol en el laboratorio: de su inscripción como protector gástrico a su reconstrucción como fármaco abortivo. *Revista REDES*, v 28, n. 55, 2022, p.1-28. doi.org/10.48160/18517072re55.208
- MATEO, Natacha. El misoprostol como fármaco abortivo: el proceso de co-construcción de su posología. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, v. 34, n. 69, 2023, p.1-26. doi.org/10.33255/3469/1624
- MATEO, Natacha. “Poner el cuerpo”: primeras experiencias de abortos ambulatorios con misoprostol en Argentina. *ÍCONOS Revista de Ciencias Sociales*, v. 80, n. XXVIII, 2024, p.53-72. doi.org/10.17141/iconos.80.2024.6103
- MINES, Ana; DÍAZ VILLA, Gastón; RUEDA, Romina & MARZANO, Vanesa. “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*, 2013, p.133-160. <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4659>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed.). *Medical methods for termination of pregnancy: Report of a WHO scientific group*. Ginebra: World Health Organization, 1997.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed.). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. OMS, 2014. Ginebra
- OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. London: Routledge, 1994.

- OUDSHOORN, Nelly & PINCH, Trevor (Eds.). *How users matter: The co-construction of users and technologies*. Cambridge: MIT Press, 2003.
- PINCH, Trevor & BIKER, Wiebe. La construcción social de los hechos y de artefactos: O acerca de cómo la sociología de la ciencia y la sociología de la tecnología pueden beneficiarse mutuamente. In: THOMAS, Hernán & BUCH, Alfonso. *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología*. Bernal: UNQUI, 1987, p.19-62.
- WAJCMAN, Judy. *Feminism confronts technology*. Pennsylvania Pennsylvania State University, 1991.
- WAJCMAN, Judy. *El tecnofeminismo*. Barcelona: Ediciones Cátedra, 2006.
- ZURBRIGGEN, Ruth; TRPIN, Mónica & GROSSO, Belén. Decidir abortar, decidir acompañar. Socorro Rosa: Un servicio de prácticas y experiencias en clave feminista. In: ZURBRIGGEN, Ruth & ANZORENA, Claudia (Eds.). *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires: Herramienta, 2013, p.303-320.