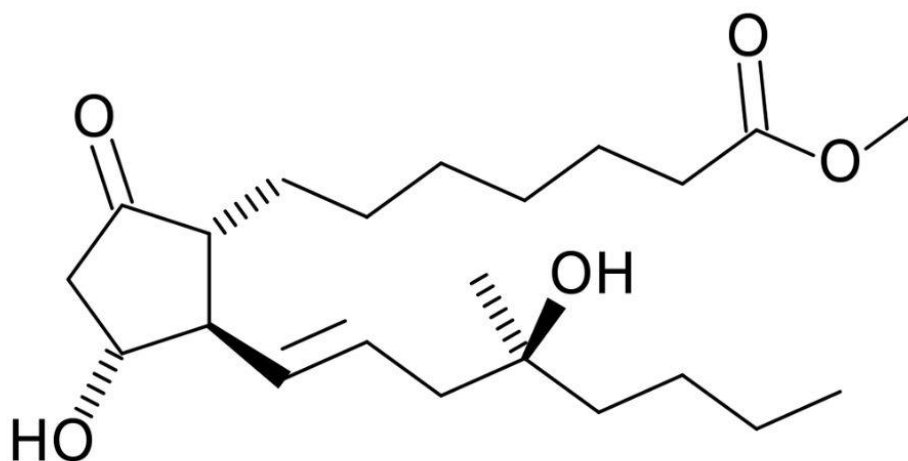


Tesis doctoral

EL MISOPROSTOL COMO
DROGA ABORTIVA:
UN ESTUDIO DE SU TRAYECTORIA
SOCIO-TÉCNICA Y TECNO-CULTURAL



Doctorado en Comunicación

Estudiante: Natacha Mateo
Directora: Dra. Cecilia Alejandra Rustoyburu
Co-directora: Dra. Silvia Lorena Elizalde

*A mi abuela Graciela
que en la década del '60
abortó cuatro veces*

Resumen

Esta tesis se propone analizar el proceso de construcción del misoprostol en tanto droga abortiva como un fenómeno socio-técnico y tecno-cultural desde su invención en la década de 1970 hasta 2020. A partir de un enfoque constructivista de la innovación tecnológica, el trabajo se centra en el caso específico de esta droga utilizada para realizar abortos ambulatorios en Argentina que ha cobrado un rol protagónico en los últimos años a la luz de la actualización de los debates en torno de la interrupción voluntaria del embarazo, reimpulsados por los feminismos de este país en pos de la legalización de este derecho, finalmente obtenido en 2020 con la sanción de la ley 27.610. Aquí, sobre la base de la inscripción en el campo de la comunicación, se entabla un diálogo con los estudios culturales, que permite situar al misoprostol como artefacto enmarcado respecto de sus condiciones materiales e históricas de producción y circulación, con el fin de atender a los usos y apropiaciones que distintos actores hacen de él, también en condiciones históricas y culturalmente situadas.

Dicha trayectoria se constituyó en cuatro fases, asociada cada una a un problema socio-técnico y tecno-cultural diferente con la intervención de diversos grupos sociales relevantes que construyeron al artefacto en cuestión. En el marco de las cinco décadas que abarca esta tesis, se aborda el proceso por el cual las indicaciones de la medicación cambiaron de su primera inscripción como protector gástrico –donde su función abortiva era considerada expresamente como una contraindicación para las mujeres embarazadas– hasta su utilización en la práctica de abortos medicamentosos seguros, efectivos y ambulatorios. En este sentido, discutiendo con las visiones lineales del desarrollo tecnológico, se problematiza cómo el aborto medicamentoso y el misoprostol como droga abortiva se construyeron de modo interrelacionado.

La estrategia metodológica utilizada triangula diversas técnicas a fin de indagar no solo en los discursos, sino también en las prácticas de los grupos sociales relevantes, y lo hace a partir del análisis de publicaciones científicas, documentos, libros, manuales, resoluciones, datos cuantitativos producidos por organizaciones feministas y entrevistas en profundidad a profesionales de la salud, mujeres que abortaron con misoprostol y militantes feministas.

Abstract

This thesis aims to analyze the construction process of misoprostol as an abortion drug in a socio-technical and techno-cultural phenomenon from its invention in the 1970s to 2020. Taking a constructivist approach of technological innovations, the work focuses in the specific case of this drug used to perform ambulatory abortions in Argentina, which has taken on a leading role in the past few years with the updating of the voluntary interruption of pregnancy debates, re-boosted by this country feminisms in pursuit of the legalization of this right, finally obtained in 2020 with the sanction of Law 27.610. Here, a dialogue is established with cultural studies, which allows to place misoprostol as an artifact in a field of inscription regarding its material and historical conditions of production and circulation, in order to attend the uses and appropriations that different actors make of it, also in historical and culturally situated conditions.

This process was constituted in four phases, each associated with a different socio-technical and techno-cultural problem with the intervention of different relevant social groups that built the artifact. Within the framework of the five decades covered by this thesis, is approached the process in which indications of this medication changed from its first registration as a gastric protector – where its abortive function was expressly considered as a contraindication for pregnant women – to its use in the practice of safe, efficient and ambulatory medical abortions. In this way, arguing with linear views of technological development, it is problematized how medical abortion and misoprostol as an abortion drug were built in an interrelated way.

The methodological strategy used triangulates various techniques to study not only the discourses, but also the practices of the relevant social groups through the analysis of scientific publications, documents, books, manuals, resolutions, quantitative data produced by feminist organizations and in-depth interviews with health professionals, women who aborted with misoprostol and feminist activists.

Índice

Resumen.....	2
Abstract	3
Índice.....	4
Agradecimientos	6
INTRODUCCIÓN	8
Mi historia con el misoprostol	9
El misoprostol como problema de investigación socio-técnico.....	12
El misoprostol como problema de investigación tecno-cultural.....	21
Sobre la metodología	25
CAPÍTULO 1: Trayectoria socio-técnica y tecno-cultural	29
Algunos antecedentes sobre la droga	31
La trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto.....	41
Primera fase: El misoprostol en el laboratorio	41
Segunda fase: Del uso gastroenterológico al uso ginecobstétrico	42
Tercera fase: La construcción de posologías abortivas.....	43
Cuarta fase: La estabilización del uso abortivo	45
Cierre de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural	46
CAPÍTULO 2: El papel del laboratorio en la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol	47
La construcción del artefacto	50
CAPÍTULO 3: Las contraindicaciones se vuelven indicaciones.....	60
Mujeres, farmacéuticos/as y el ‘mal uso’ del misoprostol	64
El rol de la ginecobstetricia	75
Los itinerarios de las posologías	78
El misoprostol en las revistas de ginecología y obstetricia en Argentina	82
CAPÍTULO 4: Construcción y circulación de posologías para el uso abortivo.....	87
El misoprostol se entrama con el aborto en el sistema de salud	93
¿Qué abortos sí se pueden hacer? Guía técnica de aborto no punible y consejerías de reducción de riesgos y daños	96
“Partir la pastilla”: el impacto de las indicaciones en la producción del efecto abortivo	102
Circulación fuera del sistema de salud	105
El recorrido de las mujeres para conseguir misoprostol	106

El dolor y la confianza en las experiencias de aborto medicamentoso	113
La construcción de las posologías	118
El lugar de la evidencia científica en la controversia sobre las formas de uso	118
La información que circula entre los/as profesionales de la salud	123
Las indicaciones que construyen las mujeres	126
El movimiento feminista y el uso del misoprostol	128
Una tecnología co-construida	138
CAPÍTULO 5: Consensos sobre el uso abortivo	140
Fácil, barato, seguro, ¡en casa!: Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas	145
Aborto sin riesgos: la guía de la Organización Mundial de la Salud	152
“El fallo FAL es el fallo FAL con el diario del lunes”: el nuevo encuadre de interpretación de abortos no punibles	160
Acompañar los abortos con misoprostol: la conformación nacional de Socorristas en Red	163
El cierre de la controversia sobre la posología	169
CAPÍTULO 6: De la clandestinidad a la legalidad	171
El misoprostol en el entramado sanitario	177
Las consejerías en hospitales	179
La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo	182
De las primeras compras municipales de misoprostol a su producción en un laboratorio público	187
Las redes feministas en la producción de sentidos sobre la legalidad de la droga abortiva	194
La estabilización de la indicación abortiva del artefacto	203
Tendencia en redes y arribo al Congreso de la Nación	203
Aprobación de la ANMAT de la presentación para interrupción de la gestación ..	207
¡Al fin! La Ley de interrupción voluntaria del embarazo	211
CONCLUSIONES	214
BIBLIOGRAFÍA	225
ANEXOS	264

Agradecimientos

La escritura de esta tesis comenzó mucho tiempo antes de estas páginas. La idea de narrar la historia del misoprostol surgió la primera vez que tuve una caja de comprimidos en mis manos y me pregunté cómo funcionaban. Por eso, haber llegado hasta acá fue gracias a la universidad pública que me acogió desde que me interesé por estudiar Sociología primero y Comunicación después, y me permitió completar mis estudios de grado y posgrado financiados por el Estado Nacional, esto último mediante una beca doctoral del CONICET (2018-2024). Aunque la investigación se inició mucho antes, gran parte de esta tesis la concreté en medio de una pandemia, por lo que también lleva las marcas de esas condiciones adversas e inesperadas, tan a contrapelo de lo que requiere la escritura y la discusión en su entorno, así como de las condiciones de acompañamiento, sostén y aliento que recibí en todo su transcurso de parte de diversas personas.

Este proceso de investigación estuvo dirigido por tres mujeres. La primera a la que quisiera dedicarle unas palabras es a mi directora y compañera Cecilia Rustoyburu. No solo agradecerle por el camino recorrido, sino también por su acompañamiento pedagógico en ideas, lecturas, escritura, re-lectura y re-escritura. No hubiera sido posible desarrollar estas páginas sin la incontable cantidad de conversaciones que hemos tenido a lo largo de estos años. También quiero agradecer a Silvia Elizalde quien aceptó ser la codirectora de este trabajo y de mi beca del CONICET que lo hizo posible. No solo sus sugerencias y minuciosas correcciones a los borradores han resultado sumamente valiosos, sino que me ha permitido formar parte de su equipo de trabajo donde he aprendido mucho sobre el oficio de ser investigadora. Por último, deseo agradecer a Agustina Cepeda, quien debatió cada idea de esta investigación, me apoyó en cada momento del recorrido y confió en que este trabajo “llegaría a buen puerto”. A su vez, quiero agradecer al Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades, radicado en la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que me acogió durante estos años.

También me resulta indispensable agradecer a todas las amigas que sostuvieron las charlas interminables de preguntas e incertidumbres. Especialmente a Alejandra Santiago y Aira González, con quienes compartimos la resistencia emocional a la

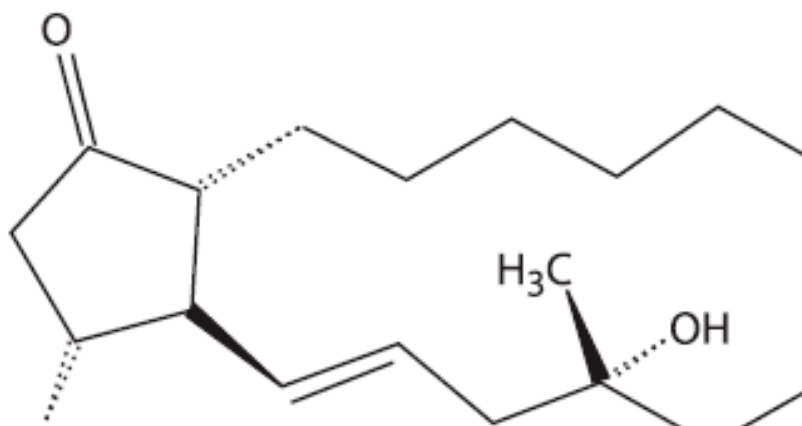
embestida de nuestras tesis. A Florencia Maffeo, no puedo dejar de agradecerle por ser mi informante clave en esta tesis y en la vida. Pero sobre todo porque estuvo presente desde la primera idea hasta la revisión del último párrafo y con quien compartí una jornada clave en Santa Teresita para poder cerrar con este proceso. También quiero agradecerle a Débora Garazi, por responder cada una de mis preguntas en relación a este trabajo, no solo aquellas que tenían que ver con el proceso de investigación sino también con miedos e interrogantes. El acompañamiento en diferentes momentos de Aye, Guille, Nico, Luciana, Sol, Coti, Meli, Guada, Vicky, Anto, Felipe y Marce fue central para atravesar este proceso de la mejor manera posible. Por último, no puedo dejar de mencionar a Roberta Guzzi, compañera indispensable en esta vida.

Ahora bien, esta investigación no hubiera sido posible sin todas las personas que entrevisté. Muchas de ellas fueron mujeres que se animaron a compartir sus historias y, pese a no conocerme, me abrieron la puerta a experiencias que muchas veces habían sido dolorosas como consecuencia de la clandestinidad en la que se vio envuelto el aborto durante tantas décadas. Es por ello que también quiero agradecer especialmente a mis compañeras de militancia, que le pusieron el cuerpo a cada aborto autogestionado. A ellas, más que este trabajo, les agradezco los años de construcción colectiva, de asambleas, de llamados y de debates. De todas ellas, especialmente le quiero agradecer a Vicky Colman, ser indispensable en ese camino.

Es central agradecer también a mis compañeros/as del Doctorado en Comunicación de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata. Sobre todo, a Yemina López, por todas las madrugadas que me recibió en su casa, con mates y anécdotas, para que mi transitar una cursada a distancia fuera más amena. También a mis compañeros/as de Taller de Tesis I y II, y a Martín Becerra, docente a cargo de la asignatura, por el camino recorrido desde el 2017 con la primera pregunta que me hicieron (¿Qué es el misoprostol?) hasta el 2018 donde, al calor de la presentación del proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Congreso Nacional, las discusiones en torno a esta investigación no fueron solo académicas sino también políticas.

Por supuesto, agradecer a mi familia que, sin entender demasiado del mundo académico, nunca dejaron de apoyarme y preguntarme por esta investigación. Y, por último, a Pancha que acompañó mi segunda tesis, y a Ojota que insistió diariamente sobre la importancia de salir a dar una vuelta para refrescar las ideas.

INTRODUCCIÓN



Mi historia con el misoprostol

Descubrí el feminismo de la mano de “lo personal es político”. Un poco de eso hay en este trabajo, por eso creo que contar la historia del misoprostol está atravesado por mi propia historia, y creo necesario situar a quien está leyendo en ese marco...

Conocí el misoprostol en octubre del 2009. El año anterior había entrado a la carrera de Sociología en la Universidad Nacional de Mar del Plata, formaba parte de un centro cultural recuperado desde el cual me sumé a un colectivo rumbo a Tucumán a averiguar qué era eso del Encuentro Nacional de Mujeres.

Ahí conocí a la línea “Más información-Menos riesgos”. Recuerdo que saqué esta foto con una cámara digital vieja y pequeña que tenía en esa época como forma de ‘difundir’ la información.



Un año después, el Colectivo de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto llegó a Mar del Plata, mi ciudad, y presentó el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* en el mismo centro cultural. Era un día de semana, se cortó la luz y, aun así, había bastante gente. Compré el libro por cinco pesos, el mismo libro que tengo ahora a mi lado y ha sido parte indispensable de esta tesis.

Ese libro pasó por muchas manos. Se lo presté a una compañera de la carrera para acompañar a una amiga suya durante el proceso sin saber que, años después, nos encontraríamos con ella en la puerta del mismo espacio cultural y, seguramente fumando un cigarrillo en la vereda, nos propondríamos armar una colectiva de acompañamientos en situaciones de aborto dentro de Socorristas en Red.

Pero antes de eso, es indispensable contar la primera vez que tuve una caja de misoprostol en mis manos.

Era un viernes a la noche de julio del 2010. Salimos de la universidad con una amiga y teníamos todo (medio) organizado. Las pastillas. Las toallitas. El ibuprofeno. Y

no mucho más. Ya habíamos pasado por el momento del test positivo, la incertidumbre, la decisión y conseguir el misoprostol con un conocido farmacéutico.

Recuerdo a mi amiga diciendo ‘¿podés creer que *a mí* me pase esto?’. Y ese énfasis en el carácter individual de la frase fue motivo de algunas risas y otras charlas. Leímos el libro. Entero. Como si lo leyéramos por primera vez. Teníamos una noche larga por delante. En ese momento, las pastillas vía vaginal se usaban cada 12 horas. Ni más, ni menos. Así que: viernes a la medianoche una tanda, el sábado al mediodía otra, y el sábado a medianoche, la última. Teníamos un fin de semana para hacerlo. El lunes había que ir a trabajar. Nos encerramos a ver fútbol y compartir el proceso.

El sábado a la tarde expulsó todo, o algo al menos, no sabíamos bien. No estábamos asustadas, pero no dimensionábamos mucho los peligros, ni tampoco los cuidados que eran necesarios. Unos años después recordaría ese momento y reflexionaría sobre la cantidad de cosas que hubiéramos hecho distinto.

Ahora sí, llegó el 2013, el Encuentro Nacional de Mujeres en San Juan. Ya para esos años estaba más cerca de recibirme, militaba y tenía otras preocupaciones. Formaba parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, pero de manera testimonial, sin hacer mucho al respecto más que tener un pañuelo verde colgado en mi casa y decirme a favor de la legalización del aborto.

En ese encuentro conocí a Socorristas en Red, las experiencias de acompañamientos en aborto y llegó esa noche en la vereda donde imaginamos una colectiva en Mar del Plata. El verano 2014 pasó entre ideas, listas con nombres de personas posibles para sumar al proyecto, preguntas, reuniones y, por qué no decirlo, cervezas.

Fueron años de acompañamientos en plazas, en bares, en esquinas. Años de teléfonos de batalla sonando a la madrugada. Años de discusiones políticas que, contadas por muchas de sus protagonistas a lo largo y ancho del país, forman parte de este trabajo. Y concluyeron una madrugada de diciembre del 2020 con un abrazo inmenso al lado de un pino en una plaza en Mar del Plata con la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

El 2021 nos encontró con aborto legal y una Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir que había construido los mecanismos institucionales durante los últimos seis años para que pudiera ser viable. Así, me topé con un escenario muy distinto al de aquella década atrás. En abril de 2022, acompañando a una amiga, fuimos a las 9 de la mañana al Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Mar del Plata para que le realizaran una ecografía (sin turno y sin receta). Una hora después estábamos rumbo a un centro de salud donde la atendieron sin demora y, para las 11, dos horas después de que pasara a buscarme por la puerta de mi casa, ya teníamos hasta las pastillas verdes de misoprostol que fabrica LIF, un laboratorio de Santa Fe.



De nuevo un fin de semana de abortar entre mujeres. De pastillas en el baño, de una hora de reposo, angustia y risas en la cama. De comer cosas ricas para que el proceso se haga más ameno. Porque abortar decidida y acompañada no implica que no cueste ponerle el cuerpo a las decisiones que tomamos. Y de nuevo, el libro sobre la mesa.

Durante los últimos años realicé muchas entrevistas para armar esta investigación. A profesionales de la salud, a militantes feministas, a investigadoras y también a mujeres que, en los últimos 20 años, pusieron el cuerpo a sus abortos. En esa búsqueda me encontré con aquellas que nombré en este pequeño relato y recordamos estas historias. Sin embargo, este texto es solo mi experiencia. Con sus matices, con sus cambios de roles: de amiga a socorrista, a investigadora.

Pero, aun así, recupera diversas historias donde lo que se juega es el cuerpo. Nuestros cuerpos. Mi cuerpo. Y esta tesis, en algún punto, tiene su génesis en todas esas historias. Porque más de una década atrás, estas experiencias formaron parte de la construcción del misoprostol como droga abortiva, como artefacto cultural, como símbolo de una lucha colectiva y como emblema de una conquista sobre nuestros derechos no reproductivos.

El misoprostol como problema de investigación socio-técnico

El aborto o la interrupción voluntaria del embarazo como problema social ha sido trabajado desde una infinidad de campos de estudio y diferentes nudos problemáticos. Desde las ciencias sociales hemos pensado al aborto como un problema epistemológico sobre el origen de la vida y hemos discutido con los discursos sobre la vida desde la concepción anclados en paradigmas religiosos y biologicistas. Hemos caracterizado la interrupción del embarazo como un problema de salud pública, centrándonos en el aborto clandestino como la primera causa de mortalidad materna. Hemos pensado que el aborto era un problema del derecho penal, discutiendo, hasta hace muy poco, interpretaciones de un código procesal penal que ya tiene un siglo. Lo hemos pensado como un problema de derechos humanos, de salud sexual y (no) reproductiva y de autonomía. Hemos dicho que la clandestinidad del aborto es una forma de control patriarcal sobre nuestros cuerpos y hemos reclamado su legalización como una de las políticas públicas que mayor movilización feminista logró en los últimos años. Hemos visto cómo el proceso político que condensó los reclamos por la legalización del aborto, irrumpió en los espacios públicos, pero también en los académicos. A la luz de las movilizaciones feministas que sacudieron a la Argentina desde 2018 y que culminaron con la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, mi propuesta de trabajo aquí es analizar un tipo específico de aborto, el realizado con misoprostol de forma autogestionada, desde los estudios sociales de la tecnología y los estudios culturales, con perspectiva de género.

En esta tesis nos proponemos analizar el proceso de construcción del misoprostol en tanto droga abortiva como un fenómeno socio-técnico y tecno-cultural desde su invención en la década de 1970 hasta el 2020 (Grosso et al., 2013; Morgan, 2019; Zordo, 2016). Consideramos, siguiendo a Wajcman, que “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, p. 64). Nos interesa recuperar el caso del misoprostol en tanto tecnología farmacológica, ya que ocupa un rol protagónico en las últimas décadas de la historia del aborto en Argentina. Aunque a lo largo de esta investigación sostendremos que no toda discusión sobre aborto es una discusión sobre misoprostol y viceversa, creemos que el caso analizado nos permite indagar las derivas socioculturales de dicha droga, que no se inventó con estos fines ni fue la industria farmacéutica quien la comercializó de esta manera, pero que hoy está

íntimamente asociada a la posibilidad de interrumpir un embarazo (Morgan, 2019; Zordo, 2016).¹

En el inicio de los debates parlamentarios de la Ley 27.610, en 2018, el misoprostol adquirió visibilidad como un artefacto eficaz para realizar abortos fuera del ámbito hospitalario, sustentado tanto desde manuales feministas de circulación callejera como desde instructivos médicos editados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este sentido, nos interesa abordar el proceso por medio del 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. Al mismo tiempo, resaltamos 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 respecto, la investigadora europea Nelly Oudshoorn sostiene que:

Los estudios sociales de tecnologías médicas proporcionan dos líneas de explicación de cómo podemos entender el desarrollo de tecnologías médicas como las drogas. El modelo secuencial o lineal de desarrollo tecnológico supone que las tecnologías se prueban exhaustivamente antes de ser adoptadas. Este modelo sugiere que el procedimiento de prueba en el que se selecciona el perfil final del medicamento se realiza antes de la comercialización. Sin embargo, estudios más recientes sobre el desarrollo de tecnologías médicas sugieren que las tecnologías generalmente se adoptan antes de que se hayan probado a fondo. Esta literatura

¹ Así como no toda discusión sobre aborto es una discusión sobre el misoprostol, no siempre la investigación científica sobre el misoprostol estuvo constituida por estudios clínicos sobre abortos. Aunque esta diferenciación pueda parecer obvia, nos permitirá dar cuenta de cuáles son los grupos sociales relevantes en relación a nuestro objeto y cuáles no. Por ejemplo, quedarán por fuera algunas discusiones que hacen al debate sobre la interrupción de la gestación, pero no al misoprostol puntualmente, por ejemplo, la discusión sobre el comienzo de la vida y el campo religioso (Brown, 2017; Jaime & Valdivia, 2020; Klein, 2013; Lamas, 2003; Monte & Vaggione, 2018; Tarducci & Tagliaferro, 2004; Vaggione, 2012, 2017). La iglesia católica, que resulta un actor nodal para pensar el aborto en Argentina en clave genealógica, no formó parte de las discusiones específicas respecto del aborto medicamentoso, aunque sí estuvo muy presente en los debates parlamentarios respecto de la reforma constitucional de 1995 y las discusiones en el Congreso Nacional de los proyectos de legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en 2018 y 2020 (Brown, 2014; Pecheny, 2005). Además, resulta central este debate en América Latina en torno a la idea de 'vida' como un significante político en disputa (Morán Faúndes & Morgan, 2005) que influye en las experiencias de quienes abortan (Vaggione et al., 2021) pero no hace específicamente al artefacto central de nuestro trabajo.

sugiere que la difusión de nuevos medicamentos ocurre junto con la investigación y las pruebas (Oudshoorn, 1994, p. 83).²

En este sentido, nos interesa pensar la relación entre tecnología, sociedad y cultura desde la metáfora propuesta por el sociólogo Michel Callon (1998) de un ‘tejido sin costuras’ donde los análisis sociológicos, tecnocientíficos, económicos, médicos y comunicacionales están permanentemente entrelazados. En esta tesis, estas perspectivas implican enmarcarnos en la sociología de la tecnología, situarnos en una matriz constructivista del análisis tecnológico y considerarlo como un artefacto farmacológico. Siguiendo a Callon (1998), la propuesta central para las ciencias sociales es poder analizar la tecnología a lo largo de toda su elaboración con el fin de reconocer que el objeto de estudio no es ni la sociedad misma ni las llamadas relaciones sociales, sino aquellos actores que dan lugar tanto a la sociedad como a la tecnología. Para el caso bajo estudio, dicho artefacto es el misoprostol. Por lo tanto, las preguntas que guían esta investigación podrían comenzar por ¿qué es el misoprostol? ¿Para qué se usa? ¿Cómo se usa? ¿Quién dice cómo se usa? ¿Quiénes lo usan? O en realidad... ¿Quiénes, cuándo, dónde y cómo construyeron el misoprostol de la forma en la que lo conocemos hoy en día, asociado a la interrupción del embarazo?

Esta pregunta es posible en un entramado de discusiones que habilitó la sociología del conocimiento científico a mediados de la década de 1970 desde la Escuela de Edimburgo. El Programa Fuerte propuesto por David Bloor (1976) había postulado que el conocimiento científico estaba construido socialmente y se preguntó respecto de su transmisión, su estabilidad, su creación y su organización. En este sentido, al cuestionar que la ciencia pudiera interpretar la realidad de manera objetiva, fundó los cuatro principios epistemológicos del programa. Estos planteaban que la sociología del conocimiento científico debía ser causal –tener como propósito el estudio de las condiciones sociales que dan lugar a las creencias–, imparcial –al interpretar tanto la verdad como la falsedad sin distinguir prejuiciosamente entre un conocimiento y otro–, simétrica –para apelar a los mismos tipos de explicación tanto para el conocimiento verdadero como el falso– y reflexiva –porque los mismos principios debían aplicarse a la misma disciplina– (Bloor, 1976).

² Todas las traducciones son mías.

Pese a que el Programa Fuerte suponía adoptar los cuatro principios, las diferentes escuelas de pensamiento recuperaron algunos de ellos y no otros. Por un lado, Harry Collins, al fundar el Programa Empírico Relativista (PER), usó como cimientos los principios de simetría e imparcialidad (1981). En ese marco, en la Universidad de Bath, a comienzos de la década de 1980, comenzaron a desarrollarse análisis de casos a nivel microsociológico para estudiar las controversias científicas, prestando especial atención a la manera en que se construyen –o no– los consensos en torno al método ya que uno de sus aportes fundamentales fue la identificación que estos no radican en las pruebas empíricas en sí, sino en cómo se negocia la validez de los resultados. Por otro lado, Bruno Latour y Michel Callon abandonaron la propuesta teórico-metodológica del Programa Fuerte –pese a que en un comienzo habían sido las bases de su propuesta de indagación– al adentrarse en los estudios empíricos y analizar la práctica diaria de científicos, políticos e ingenieros (1999). En esta línea, la sociología de la traducción propuesta por Latour y Callon, que luego derivará en la Teoría del Actor-Red (TAR), puso en discusión el modelo dominante de interpretación lineal de la ciencia al pensar el vínculo entre esta, la tecnología y la sociedad como constituyentes de una red, se preguntó por las relaciones de poder en la ciencia y finalmente se centró en el papel que tienen los actores no-humanos, específicamente “¿Qué tipo de agencia tienen los objetos para hacernos modificar nuestras creencias sobre ellos?” (Latour, 1999, p. 116).

Los estudios de controversias del PER resultan centrales para problematizar en qué medida el diseño del misoprostol para uso gástrico se fue modificando en un uso abortivo a través de la disputa sobre su significado como inductor de contracciones uterinas como una contraindicación. Para los fines analíticos de esta tesis doctoral, nos interesa retomar principalmente dos propuestas teórico-metodológicas dentro de los estudios sociales de la tecnología (CTS): la Perspectiva Constructivista de la Tecnología (SCOT) de Trevor Pinch y Wiebe Bijker (Bijker, 2008; Oudshoorn, 1994; Pinch, 1997; Pinch & Bijker, 1987) y la Teoría del Actor-Red (TAR) de Bruno Latour y Michel Callon (Callon, 1984; Latour, 2008; Latour & Woolgar, 1979). Consideramos que el aporte fundamental de los estudios de controversias es su propuesta metodológica de un análisis en tres etapas: exhibir la flexibilidad interpretativa de los datos científicos, mostrar los mecanismos sociales que la limitan y, por lo tanto, permiten que las controversias científicas concluyan, y vincular estos ‘mecanismos de clausura’ con el medio social más amplio (Oudshoorn, 1994; Oudshoorn & Pinch, 2003; Pinch & Bijker, 1987).

Pinch y Bijker (1987) afirman que el PER, en general, y el análisis de las controversias científicas, en particular, “ofrecen una ventaja metodológica debido a la relativa facilidad con la que revelan la flexibilidad interpretativa de los resultados de la investigación científica” (1987, p. 35). Por lo tanto, si tenemos en cuenta que “un artefacto, incluyendo su viabilidad, puede estar sujeto a interpretaciones radicalmente diferentes que son coextensivas con los grupos sociales” (Pinch, 1997, p. 27), nos interesa identificar los grupos relevantes que participan y abordan el proceso de construcción social donde los artefactos tecnológicos están en disputa, lo que conlleva a indagar respecto del significado que éstos adquieren, sus interpretaciones, así como los usos y apropiaciones que hacen de dichos objetos. Por un lado, recuperamos de la SCOT las nociones de flexibilidad interpretativa y de mecanismos de clausura para dar cuenta de 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. Por otro lado, consideramos que la identificación de los diferentes actores que forman parte del proceso de construcción socio-técnica y tecno-cultural 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. Por último, este encuadre teórico-metodológico nos posibilita recuperar la noción de marco tecnológico (Bijker, 2008) para incluir en el análisis tanto las teorías en curso, las metas y las estrategias de resolución de problemas como las prácticas de uso de la droga, sin distinguir *a priori* entre los diferentes grupos sociales relevantes.

En la identificación de estos actores para dar cuenta del proceso de flexibilidad interpretativa nos interesa recuperar algunos aportes claves de autoras feministas constructivistas.³ En este sentido, consideramos que incluir a las mujeres en el análisis no es igual a pensar la construcción del misoprostol desde una perspectiva de género, sino que dicha perspectiva radica en entender cómo la tecnología se trama con la construcción de la diferencia sexual.⁴

³ Una de las críticas centrales de Wajcman (2006) al modelo SCOT fue 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, p. 67).

⁴ Estas disputas además de ser teóricas son políticas. En relación específica al aborto, es importante poder hacer mención no solo a las mujeres, sino a todas las personas gestantes ya que remite a la necesidad de

En esta línea, la necesidad de comprender el núcleo de la ciencia, sus objetivos y su forma de producción y objetivación del conocimiento es recuperada por muchas feministas para dar cuenta de su carácter patriarcal; pero no necesariamente respecto del “techo de cristal” que tiene la ciencia para las mujeres como investigadoras (Franchi, 2019; Harding, 1993), sino –de manera particular– de la construcción misma de los problemas científicos (Fox Keller, 1982; Haraway, 1991). La ciencia, y especialmente la medicina, ha tenido un rol protagónico en la legitimación de las ideas occidentales sobre la sexualidad. Los estudios históricos y genealógicos han dado cuenta exhaustivamente de este proceso. A partir de una fuerte implicación con la teoría feminista, en las últimas décadas han proliferado trabajos sobre la construcción de las ideas científicas en torno de la diferencia sexual (Haraway, 1991, 2020; Harding, 1993; Laqueur, 1990; Martin, 1991, 1998), la historia de la invención de las hormonas (Fausto-Sterling, 2000; E. Johnson, 2007; Oudshoorn, 1998, 2003; Quirke & Gaudillière, 2008), y la relación entre ciencia médica, tecnologías, cuerpos, y género (Clarke et al., 2003; de Lauretis, 1989; Epstein, 2003; Fausto-Sterling, 2000; Haraway, 1991; Hester, 2018; Laqueur, 1990; Morgan, 2019; Oudshoorn, 2003; Suchman, 2008; Zordo, 2016).

En esta clave, el uso del misoprostol está atravesado por aquello que se pregunta la filósofa Laura Klein (2018) sobre el aborto: “¿Cómo comprender que tanto para condenarlo como para justificarlo se acuda a la ciencia como fuente de legitimidad?” (2018, p. 161). Este interrogante se traduce en aquello que, desde la construcción social de la tecnología, proponemos pensar como la flexibilidad interpretativa de los usos y apropiaciones de los artefactos. En las distintas fases de la genealogía producida en esta tesis sobre el misoprostol en tanto artefacto socio-técnico y tecno-cultural, las disputas en

visibilizar la existencia de otras identidades políticas que no están incluidas en el significante mujeres. Ahora bien, teniendo en cuenta esta aclaración, en este trabajo en reiteradas ocasiones hacemos referencia a las “mujeres” como categoría de análisis porque los documentos analizados o las personas entrevistadas para esta investigación se identificaban como mujeres cis heterosexuales o bisexuales. En este sentido, creemos que hablar de personas gestantes solo como forma de inclusión discursiva de otras identidades cuando, por el carácter aleatorio de la muestra no fueron indagadas en sus particularidades, no sería epistemológicamente correcto. Al mismo tiempo, cabe destacar el notable déficit de indagaciones relacionadas con el aborto en personas trans. Aunque se han realizado algunas investigaciones internacionales, la mayoría de ellas se centran más en la gestación que en el aborto (Barone, 2020) y, al ser investigaciones situadas fuera de América Latina, no dan cuenta de las particularidades que podrían asumir estos procesos en nuestro escenario. En Argentina, son pocos los trabajos en relación a estas temáticas (Barone, 2020; Radi, 2018, 2019), aunque algunos de ellos han hecho hincapié en la militancia de los hombres trans por el derecho al aborto (Fernández Romero, 2021; Nichols, 2018). Sobre tecnologías médicas abortivas aún es necesaria una sistematización sobre la interacción de misoprostol y mifepristona con las terapias de hormonización y, en una línea de trabajo sobre aborto y VIH, con respecto a las particularidades de las terapias antirretrovirales en interacción con el uso de medicación.

torno del mismo también implicaron discusiones sobre cuál era la verdad científica, en cada contexto y momento histórico, sobre su indicación, su posología y sus contraindicaciones, y con qué cuerpos debió interactuar. En este sentido, la presente investigación se enmarca en un campo de estudios que entrecruza ciencia, tecnología, género y cultura, entablando un diálogo con aquellos trabajos que proponen pensar artefactos desde esta mirada constructivista y crítica al androcentrismo.

En América Latina hay una extensa tradición de estudios sobre sociología de la ciencia y la tecnología (Kreimer, 2004; Kreimer et al., 2014; Kreimer & Thomas, 2004; Thomas, 2008; Vessuri, 2007). Específicamente en Argentina, en la intersección entre tecnologías biomédicas y género, podemos encontrar diversas pesquisas sobre tecnologías anticonceptivas. En clave histórica, Karina Felitti (2012) trabaja sobre la construcción de la píldora anticonceptiva y sus implicancias en nuestro país. La autora analiza experiencias de planificación familiar y los debates que generó la píldora en la década de 1960. Para que su creación fuera posible, indaga cómo, en la década de 1950, una de las primeras versiones orales de progesterona sintética que luego se transformará en un anticonceptivo femenino, fue producida por el mismo laboratorio que dos décadas después sintetizaría el misoprostol: G. D. Searle & Co. En la actualidad, desde la línea de análisis constructivista de las tecnologías, Cecilia Rustoyburu trabaja sobre la apropiación de tecnologías contraceptivas de larga duración por parte de las adolescentes y los diferentes significados que tanto ellas como otros grupos sociales relevantes le atribuyen (Rustoyburu, 2020, 2021; Rustoyburu & Ariza, 2022; Rustoyburu & Mateo, 2020). Desde el marco analítico de la TAR, también es posible inscribir las contribuciones de Lucía Ariza, quien propone pensar las diferentes técnicas de reproducción asistida y cómo se construye el parentesco en los laboratorios (Ariza, 2010, 2014, 2015, 2016, 2017). Por otra parte, resultan significativas las indagaciones de María Alejandra Dellacasa sobre la biopolítica de la sexualidad (Dellacasa, 2017b), las tecnologías biomédicas (Dellacasa, 2018) y la apropiación tecnológica de las personas trans (Dellacasa, 2017a, 2020; Roca & Dellacasa, 2015).⁵

Estos trabajos, entre muchos otros, discuten de manera interdisciplinaria los procesos de elaboración del saber científico y de determinados artefactos tecnológicos por parte de distintos grupos. Aunque sobre las experiencias de las mujeres y el

⁵ Respecto de esta temática en Brasil, consultar Bento (2014).

movimiento feminista con el uso del misoprostol haremos referencia en próximos apartados, nos interesa recuperar aquello que Klein sostiene sobre la importancia de las prácticas desmedicalizantes para pensar las apropiaciones:

Cuando la colectiva feminista La Revuelta habla del misoprostol como algo que cambió la vida de las mujeres, su manera de atravesar los abortos y el peso de la clandestinidad, no dice que la ciencia trajo o ayudó a la liberación de la mujer, sino que, articulando ciertos productos farmacológicos con ciertas prácticas que desmedicalizan su uso, se accede a nuevas experiencias donde abortar puede ser un acto menos alienado y la mayor de las veces menos peligroso, realizado en casa, con amigos o gente amigable, pergeñado en una clandestinidad cada vez menos secreta y elaborado en una red que propicia las diferencias y deja que el enigma se dibuje en cada caso como sea, como pueda. O sea que la articulación entre feminismo y ciencia no es en absoluto espontánea (Klein, 2018, p. 163).

Las prácticas a las que Klein hace referencia, estas formas de abortar por fuera de un sistema médico a partir de la apropiación de una tecnología farmacológica, son parte del nudo crítico que articula y organiza esta tesis, ya que nos permiten discutir la visión lineal de la tecnología (Pinch & Bijker, 1987) e indagar cómo el misoprostol y el aborto se entraman en un marco tecnológico. En él no solo pueden leerse las dinámicas de la medicación sino, también, los significados que ésta adquiere, las luchas por su uso y legalización, las posologías, las producciones científicas, las normativas y la especificidad histórica y cultural de las experiencias de las mujeres, los/as profesionales y las militantes feministas, entre otros colectivos intervinientes en este proceso.

En esta línea analítica cobra relevancia la pregunta por aquello que no está presente, por aquello que no estamos viendo, es decir, el artefacto como actor central. Al respecto, la propuesta de la sociología de la traducción de Callon (1984) antes mencionada, como pionera de la TAR, radicó en dejar de sostener lo social como preexistente al otorgar el mismo lugar a la naturaleza y a la sociedad en la explicación sobre el cierre de las controversias. En esta clave, la TAR se posiciona como una respuesta a la SCOT al presentar en su estrategia metodológica –sistematizada por Latour (2008) en *Reensamblar lo social*–: la necesidad de otorgar el mismo *status* epistemológico a los actores humanos y no-humanos como parte de una red de asociaciones; entender que lo social no es preexistente sino que ‘aparece’ allí donde emergen estas asociaciones que son heterogéneas; e instar a quien investiga a seguir a ambos tipos de actores para rastrear esas asociaciones que constituyen lo social. Es aquí donde emergen nuestras preguntas por la agencia del misoprostol en tanto actor no-humano, al mismo tiempo que nos

proponemos 'seguirlo'. Con esto, queremos decir que no daremos por sentado un recorte espacial ni temporal apriorístico y, por ende, no estableceremos de antemano los grupos sociales que han sido relevantes en su devenir como droga abortiva.

Cabe indicar, por último, que los estudios sobre las controversias científicas, desde una perspectiva más relativista, posibilitan analizar la flexibilidad interpretativa y los procesos de cierre. En este caso, en torno a cómo los diferentes grupos sociales relevantes construyeron las indicaciones y contraindicaciones del misoprostol desde su uso gastroenterológico a sus efectos ginecológicos. Si nos centramos en la perspectiva de la TAR, estos análisis nos posibilitan revelar procesos de estabilización de los conocimientos a partir de acceder a los argumentos propuestos por los actores implicados en cada fase del proceso. En ese sentido, nos interesa pensar cómo, en términos culturales y comunicacionales, se culmina una controversia en torno a los efectos abortivos de la droga y, de esta manera, cómo se inscribe en un marco de acuerdos. Para ello, en el próximo apartado analizaremos el aporte teórico de los estudios culturales a esta específica problematización del misoprostol.

El misoprostol como problema de investigación tecno-cultural

En lo que sigue de este apartado sugerimos pensar en qué medida los estudios de controversias pueden considerarse también estudios válidos del campo de la comunicación. Para ello, nos proponemos establecer un posible diálogo entre los estudios CTS y los estudios culturales a partir de reflexionar sobre el misoprostol como construcción simultáneamente socio-técnica y tecno-cultural.⁶ Ello nos permite situarlo como artefacto en un campo de inscripción respecto de sus condiciones materiales e históricas de producción y circulación, y así atender a los usos y apropiaciones que los sujetos hacen de él, también en condiciones históricas y culturalmente situadas.

El postulado de simetría del Programa Fuerte de la Sociología que recuperábamos en el apartado anterior para problematizar al misoprostol como artefacto tecnológico, habilita poner en discusión los análisis basados en pares dicotómicos como ciencia/sociedad o naturaleza/cultura. En su libro sobre la conformación de nuevas identidades sociales, los sociólogos Michel Callon y Vololona Rabeharisoa (2003) proponen justamente adoptar un punto de vista simétrico para indagar en la construcción de los conocimientos y arriban a la premisa de que no se puede separar la producción de conocimiento científico del conocimiento “local” o situado. Al contrario, les interesa examinar cómo interactúa la tríada tecnología, ciencia y sociedad con un particular énfasis en la asunción de que las personas no científicas trabajan en conjunto con los científicos para producir conocimiento, proceso que denominan ‘investigación colaborativa’. La intención de retomar esta idea es que se articula perfectamente con la propuesta analítica de la SCOT en torno a la co-construcción de la tecnología por parte de los grupos sociales relevantes, pero también porque la propuesta del conocimiento local y situado nos permite preguntarnos por la relación con la cultura –sin caer en la dicotomía cultura/naturaleza– y por la experiencia como parte de esta construcción de conocimiento. A partir de esto, esta sección busca entamar dos preguntas que entendemos como centrales para habilitar

⁶ Los estudios culturales, a diferencia de los estudios “de” o “sobre” la cultura, se caracterizan por ser una práctica intelectual con vocación política (Restrepo, 2012). Es decir, “no se concibe a los estudios culturales como una labor exclusiva ni sustancialmente académica, sino que suponen una práctica intelectual en estrecha relación con intervenciones políticas concretas” (Restrepo, 2012, p. 129). De allí que la reconstrucción del misoprostol como artefacto tecnológico donde se lo piensa como un elemento abortivo en las trayectorias (no) reproductivas de las personas, se imbrica con un paradigma de derechos humanos. En esta clave, como mencionamos al comienzo de la Introducción, muchas de las preguntas que guían este trabajo son producto de un devenir político que, con marchas y contramarchas, culmina para esta investigación en diciembre del 2020 con la sanción de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo.

un diálogo entre los estudios CTS y los estudios culturales. Por un lado, nos preguntamos qué pueden aportar los estudios CTS para pensar el problema de la cultura, y por el otro, en qué medida pueden dialogar estos marcos analíticos en torno al concepto de experiencia.

En relación a la discusión sobre la noción de cultura, desde la década de 1980 los estudios de comunicación contribuyeron al salto epistemológico operado en las ciencias sociales, por el cual la preocupación por los repertorios y las expresiones asociadas a las formas simbólicas “elevadas” se desplazó hacia la interrogación por las tramas culturales, la lectura de los intersticios, los conflictos y las articulaciones complejas entre sentidos, prácticas sociales y sujetos con agencia. Como bien sostenía Martín Barbero:

Fue así como la comunicación se nos tornó una cuestión de *mediaciones* más que de medios, una cuestión de *cultura* y, por tanto, no sólo de conocimientos sino de re-conocimientos. Un reconocimiento que fue, de entrada, operación de desplazamiento metodológico para re-ver el proceso entero de la comunicación desde su *otro* lado, el de la recepción, el de las resistencias que ahí tienen su lugar, el de la apropiación de los usos (Barbero, 1987, p. 10).

Los estudios culturales parten de la idea de que la comunicación se torna una cuestión de cultura y, por lo tanto, es en esta apropiación y resignificación de sus usos que el misoprostol nos interesa como artefacto tecnológico.

A partir de la propuesta de simetría que rompe con la idea dicotómica e inamovible de naturaleza/cultura y de actor humano/no humano como base, el aporte de los estudios CTS reside en rechazar toda concepción de la cultura como algo pre-existente. Los estudios de controversias discutieron con aquellas investigaciones que, centradas esta la noción, seguían reproduciendo las dicotomías. Ahora bien, el aporte de esta tesis doctoral es justamente acercar un diálogo entre marcos teóricos que podrían nutrirse mutuamente. En un primer momento, podemos sostener que los estudios CTS indagan tanto en los actores humanos como en los no-humanos y, en este sentido, consideramos que, así como los estudios culturales nos permiten analizar cómo las resistencias, las apropiaciones y los usos de los artefactos tecnológicos son tanto condición como resultado del contexto que los produce, los estudios CTS nos posibilitan problematizar cómo esos artefactos también modifican las tramas culturales. Es decir, la propuesta es aplicar el análisis simétrico a la forma en que los estudios culturales proponen analizar las experiencias. Con esto queremos decir que no son solo las experiencias las que producen una forma de construir el misoprostol, sino que el misoprostol mismo transforma dichas experiencias.

La propuesta analítica de esta tesis es justamente pensar cómo se co-producen tecnología y experiencia a partir del caso específico del misoprostol como una droga abortiva. En este trabajo, retomaremos como aspecto central del análisis los relatos de quienes utilizaron el misoprostol con fines abortivos –mujeres, profesionales de la salud, militantes feministas, etc–. Es decir, la especificidad histórica y contextual de sus experiencias con esta droga, para la provocación de un aborto.

En este marco, cobran particular interés las formas en la que las experiencias de uso se entranan con las distintas maneras de expresar y performar la identidad (Hall & Du Gray, 2011). Sobre esto, Joan Scott sostiene que “la identidad está atada a nociones de experiencia, ya que tanto la identidad como la experiencia son categorías que usualmente son dadas por hecho de maneras en las que yo sugiero que no deberían serlo” (Scott, 2001, p. 64). Para la autora, además, tanto las experiencias como las identidades son variables. Si nos centramos por un momento solo en las experiencias de las personas que utilizaron misoprostol para interrumpir sus embarazos, ¿son sus múltiples identidades las que conllevan que éstas transiten diferentes experiencias de aborto voluntario o las experiencias de aborto voluntario constituyen a las mujeres? Joan Scott (2001) diría que no son los individuos los que tienen experiencias, sino los sujetos los que son constituidos a través de ellas; y por ende, ambos términos no pueden descontextualizarse. Es decir, la identidad de un sujeto no puede existir *a priori* de las vivencias que participan de la construcción de dicho posicionamiento identitario. Al respecto, “Scott advierte sobre los riesgos de producir conocimiento sobre la diferencia cultural (fundamentalmente de género) y las prácticas de resistencia (de las mujeres) desde una concepción deshistorizada, descontextualizada y desideologizada de la experiencia” (Elizalde, 2008, p. 21). Y es justamente esta historización contextual e ideológica la que da cuenta sobre cómo se conforman las identidades múltiples y la forma en la que se entramó el misoprostol con las experiencias de aborto autogestionado.

También nos interesa recuperar que, para Scott, la experiencia es un evento lingüístico/discursivo. En esta línea

las experiencias están construidas a través de prácticas discursivas, por consiguiente, los relatos de las experiencias de personas marginalizadas, tanto las narrativas personales como las historias producidas sobre ellas, reinscriben los supuestos acerca de identidades, diferencias y sujetos autónomos que subyacen en los discursos disponibles (Bach, 2010, pp. 105-106).

Los sujetos se constituyen discursivamente y, por ende, la experiencia es un hecho lingüístico, compartido, colectivo. Aquí, la experiencia “era siempre una categoría construida que contenía dentro de sí los residuos ideológicos del contexto discursivo del que había surgido” (Jay, 2009, p. 286).

Consideramos que esta breve discusión sobre la noción de experiencia desde los estudios culturales y de género es central para dar cuenta del rol que ocupan estas experiencias –que son constitutivas de la identidad, históricas, contextuales y discursivas– en la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol. No obstante, los estudios CTS que indagan de forma simétrica la agencia de actores humanos y no humanos nos permiten problematizar también cómo el artefacto tecnológico modifica dichas experiencias en un proceso de co-producción. Es justamente este modo de pensar el concepto de experiencia el que permite hacer hincapié en cómo diferentes grupos sociales relevantes construyen las tecnologías, romper así con la linealidad tecnológica (Oudshoorn, 1998; Pinch, 1997; Pinch & Bijker, 1987) y, al mismo tiempo, deliberar sobre el rol de los usuarios en dicha construcción (Oudshoorn & Pinch, 2003).

Por último, nos interesa señalar que, en esta línea que se propone para enfocar el análisis en la co-producción entre ciencia y sociedad (Callon & Rabeharisoa, 2003), también nos posicionamos en un lugar donde el conocimiento no solo se produce en espacios tradicionalmente conocidos como científicos –por ejemplo los laboratorios–, sino que es parte de otros ámbitos que hacen a lo social. Al respecto, en un próximo capítulo veremos cómo diferentes grupos sociales relevantes producen una posología en torno del misoprostol en diversos ámbitos que se modifican con el paso de las décadas y que, en esa misma línea, no se elabora en un laboratorio primero y en el consultorio médico después, sino que atraviesa otros espacios de producción. Pero antes de ello, presentaremos la estrategia metodológica de nuestra investigación.

Sobre la metodología

La propuesta metodológica de la SCOT tiene como postulado que, para contrastar con los modelos lineales de innovación tecnológica, es necesario realizar análisis multidireccionales que permitan describir las tecnologías a partir del constructivismo social (Pinch & Bijker, 1987). El estudio de controversias científicas conlleva necesariamente “el ejercicio de elaboración de los dispositivos para observar y describir especialmente el debate social, pero no exclusivamente, alrededor de los problemas tecnocientíficos” (Venturini, s. f., p. 1). Para poder llevarlo a cabo, es necesario construir la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto para rastrear, por un lado, los grupos sociales intervinientes en cada fase de su recorrido y, por el otro, el problema socio-técnico y tecno-cultural de cada una de ellas. De esta manera, podemos establecer cómo el proceso de *flexibilidad interpretativa* deviene o no en un *mecanismo de cierre* en que una interpretación prima por sobre las otras (Bijker, 2008; Pinch, 1997; Pinch & Bijker, 1987). Como no es posible identificar un único método para llevar adelante la indagación del artefacto en cuestión (Law, 2004) se propuso una estrategia metodológica diversificada que incorporó no solo los discursos, sino también las prácticas de los grupos sociales relevantes a partir del análisis de fuentes escritas y entrevistas en profundidad, complementados con la incorporación de datos cuantitativos.

Por un lado, se trabajó con publicaciones científicas que permitieron indagar respecto de la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol en el ámbito clínico y entre sus inventores iniciales. En este sentido, se relevaron las publicaciones médicas de gastroenterología de las décadas de 1970 y 1980; y de obstetricia y ginecología desde 1985 hasta la actualidad, dos de estas últimas producidas por las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de Argentina y Provincia de Buenos Aires.⁷ La

⁷ A nivel internacional, se trabajó con las siguientes revistas de gastroenterología: The American Journal of Gastroenterology; Digestive Diseases and Sciences; Gastroenterology; Scandinavian Journal of Gastroenterology. Estas fueron complementados con algunas investigaciones publicadas sobre el misoprostol en Medicinal Research Reviews, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, The Lancet y Acta Gastroenterológica Latinoamericana

A nivel nacional, las bibliotecas relevadas fueron: Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Biblioteca de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Biblioteca de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la provincia de Buenos Aires (SOGBA) y Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata.

En dichos repositorios, las revistas relevadas fueron: Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas (OGLA) desde 1985 hasta 2008, la Revista de la SOGBA desde 1987 al 2018 y la Revista de la SOGIBA desde el

incorporación del análisis de *papers* científicos posibilitó la indagación del misoprostol como un dispositivo, configurado de determinadas maneras, al co-producir su significado junto con los actores humanos (Cooren, 2004). En esta clave, se incorporó el análisis el libro de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, la *Guía de aborto no punible* y la *Guía para el mejoramiento de la atención post aborto* del Ministerio de Salud, el fallo FAL s/ medida autosatisfactiva, los manuales de uso seguro de misoprostol de la Organización Mundial de la Salud en sus diversas ediciones, los protocolos para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en sus dos ediciones, las resoluciones de la ANMAT sobre el fármaco y los prospectos de misoprostol de las diversas marcas que lo comercializan en Argentina.

Por otro lado, en relación a las entrevistas en profundidad, se optó por seleccionar algunas regiones del país que pudieran dar cuenta de la heterogeneidad de experiencias que, por algún motivo particular, resultaron significativas en Argentina. Por ejemplo, el caso de la provincia de Salta resulta trascendente para resaltar el rol de las fronteras regionales en el trazado clandestino de la medicación. A su vez, la provincia de Santa Fe en general y la ciudad de Rosario, en particular, fueron centrales para indagar sobre las consejerías de reducción de riesgos y daños en un primer momento, los espacios de acompañamiento a personas con derecho a una interrupción legal del embarazo en segunda instancia y, por último, el papel del Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado (LIF SE) como pionero de la producción pública de misoprostol. En relación a la emergencia de redes de acompañamiento feministas y a su articulación con el sistema de salud, realizar entrevistas en Río Negro y Neuquén fue clave para dar cuenta de la centralidad de la medicación en las mismas. Por último, el caso de la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma fueron sustanciales para todos los aspectos mencionados anteriormente: los espacios de asesoramiento en aborto dentro del sistema de salud, las redes de acompañamiento feminista y las licitaciones públicas de la droga.

En un primer momento, se concretaron encuentros con profesionales de la salud de distintas especialidades, edades y regiones. Para indagar sobre los usos del misoprostol en la década de 1990, se consultaron principalmente a ginecólogos/as –en algunos casos todavía en actividad y en otros jubilados/as- y, para las décadas siguientes, se incluyeron también médicos/as generalistas en ejercicio. De las 11 entrevistas realizadas, 3 fueron a

1989 hasta 2018. Las tres revistas estaban incompletas. Además, se relevaron algunos números de la revista *Actas Farmacéuticas*.

hombres y 8 a mujeres. No todos/as los/as entrevistados/as se reconocían como “feministas”, sin embargo, sí se mostraban de acuerdo con la realización de la práctica del aborto dentro del sistema de salud público. Por otro lado, se realizaron encuentros con, al menos, una referente de cada una de las organizaciones consideradas parte del movimiento feminista y centrales en la construcción abortiva del misoprostol (La Revuelta, Socorristas en Red; Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto; la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito; y la Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir). Por último, se entrevistaron a personas que han realizado interrupciones del embarazo con misoprostol de manera ambulatoria en Argentina, desde el 2001 en adelante, en las provincias mencionadas anteriormente. Entre 2019 y 2020, antes de la aprobación de la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se realizaron 43 entrevistas: a ginecólogos/as (4), médicos/as generalistas (7), militantes feministas (9) y personas de distintos sectores sociales que abortaron con misoprostol (23).⁸

La metodología cualitativa nos permitió indagar cómo los diversos grupos sociales relevantes fueron construyendo sentidos y prácticas de uso en torno al artefacto en diferentes momentos de su trayectoria (Meo & Navarro, 2009a, 2009b; Sautu, 2003, 2005; Wainerman & Sautu, 2011). En la reconstrucción de las experiencias de las personas que se realizaron abortos con misoprostol, esta técnica nos permitió identificar las razones y motivaciones que promovieron su empleo, así como conocer lo que piensan y cuáles son sus sentimientos respecto de sus prácticas.

Por último, ante la falta de datos cuantitativos construidos por organismos estatales como el Ministerio de Salud, ha sido central el uso complementario de este tipo de información, por ejemplo, aquella producida por organizaciones sociales como Socorristas en Red. En los casos donde ha sido posible recabar estos datos fueron incorporados como forma de enriquecimiento analítico.

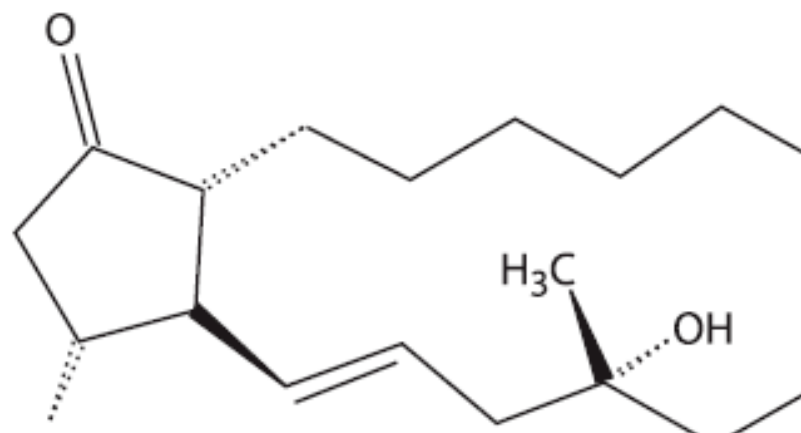
⁸ En el proceso del trabajo de campo, aconteció el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio dictado por el Gobierno Nacional en el marco de la pandemia de COVID-19. Por lo tanto, las entrevistas realizadas antes de marzo de 2020 fueron presenciales y las siguientes se efectuaron de manera virtual.

Para el reconocimiento de las voces de los/as entrevistados/as se optó por utilizar un método de siglas: ginecólogos/as (G), médicos/as generalistas (MG), mujeres que realizaron abortos de manera ambulatoria (MU) y militantes feministas (MF). Esta decisión estuvo vinculada con denominar a los actores en relación al motivo por el que fueron contactados, de forma tal que no sea posible develar su identidad, teniendo en cuenta que muchos de los testimonios fueron brindados en una situación de confianza luego de haber asegurado del anonimato de sus dichos.

Finalmente, a partir del trabajo de campo realizado, no solo hemos podido identificar diferentes problemas socio-técnicos y tecno-culturales, sino también referencias geográficas, secuencias temporales y grupos sociales relevantes implicados, para poder narrar cómo el misoprostol se fue construyendo en un medicamento abortivo.

La estructura de la presente tesis se edifica a partir de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol como droga abortiva. Por lo tanto, en el capítulo 1 se presentan los antecedentes de las pesquisas cuyo eje fue el artefacto entramado con el aborto como problema de investigación y la trayectoria mencionada que articula el resto de los capítulos. En el capítulo 2 se despliega la fase 1 de dicha trayectoria, situada en Estados Unidos, en el laboratorio G D Searle & Co, donde se problematiza la inscripción de la droga como medicamento de uso gastroenterológico. En el capítulo 3 el análisis está centrado en cómo las contraindicaciones asociadas a la medicación se convierten en indicaciones en Latinoamérica. Para ello, se identifican los grupos sociales relevantes y el problema socio-técnico y tecno-cultural en Argentina y Brasil desde que el misoprostol comienza a comercializarse a mediados de la década de 1980 hasta fines de 1990. En el capítulo 4 el escenario es Argentina y cobrará relevancia la pregunta por la construcción, circulación y apropiación de saberes sobre el misoprostol como tecnología abortiva en diferentes regiones del país durante la primera década del siglo XXI, dando cuenta de cómo fue el proceso de co-construcción de una posología común a todos los actores involucrados. Por su parte, en el capítulo 5 se analiza el proceso por el cual se estabiliza dicha posología a partir de la indagación de cuatro sucesos entre 2010 y 2012: la publicación de *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* editado por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, la presentación del manual de *Aborto sin riesgos* de la Organización Mundial de la Salud, la génesis de la colectiva Socorristas en Red y el encuadre de interpretación de causales de no punibilidad presentes en el fallo FAL s/ medida autosatisfactiva. El capítulo 6 se centra en cómo la controversia sobre el misoprostol como artefacto abortivo legal se entrama con el problema de la interpretación del aborto legal entre el 2012 y la sanción de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2020. Por último, se presentan las conclusiones, la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO 1: Trayectoria socio-técnica y tecno-cultural



La excusa de la vacación, para lo cual nunca parecían encontrar excusas, había sido también una de las razones por las cuales prefirieron cruzar el río, en vez de acudir a un consultorio en Buenos Aires. Lugares para hacerlo no faltaban. Los padres de Lara conocían un par de médicos que hacen abortos, Tom sabía incluso de uno que era pariente de un coreógrafo amigo. Que fuera una práctica ilegal en el país no los inquietaba, ni moral ni médicamente, lo primero porque de todos modos estaban en contra de la prohibición y lo segundo porque los lugares que les habían recomendado operaban con los estándares de higiene de cualquier clínica legal. Incluso sabían que había una forma de matar subrepticamente al feto en el útero para luego sacarlo de ahí en un hospital de manera legal, conocían ellos y todos los que tenían plata, para los que –se conoce– no existe prácticamente nada que sea ilegal. La única diferencia era que subía de manera ostensible el costo de la operación, aunque así todo seguía siendo más económica que este viaje.

Viaje que tenía también una dimensión política. Hacía menos de un año se había legalizado el aborto en Uruguay, no sin los consabidos inconvenientes, incluido el veto de un presidente del mismo partido que había impulsado la ley, y ellos, tal vez culposos por nunca haber participado de las manifestantes en favor de una similar en Argentina, de pronto creyeron su deber apoyar el progreso en el primer país latinoamericano que lo hacía, fomentando lo que no tardaron en apodar “el aborto trip”. Naturalizar el trámite, incluso correr el riesgo de banalizarlo, no había sido una estrategia adoptada a conciencia sino la reacción, también natural, frente al accidente contraceptivo y al incordio que implicaba remediarlo.

A. Magnus. *El aborto. Una novela ilegal* (2018, p. 13)

Algunos antecedentes sobre la droga

El aborto es una constante que ha atravesado la historia de las sociedades humanas, aunque la manera en que las mujeres lo transitaron ha experimentado cambios a lo largo del tiempo y el espacio: desde las plantas medicinales, las comadronas y las parteras hasta la mifepristona, el misoprostol y la aspiración manual endouterina (AMEU).⁹ Según Galeotti (2004), se puede identificar un cambio sustancial con la Revolución Francesa, ya que en esa coyuntura el aborto pasa a tener un alcance público, a partir de “los conocimientos científicos desarrollados durante el siglo XVII, que habían hecho posible la visualización concreta del feto, ahora plenamente entendido en su individualidad” (Galeotti, 2004, p. 6).

Aunque no haremos un recorrido histórico general sobre el problema del aborto, ya que nos incumbe específicamente en su vinculación con la construcción del misoprostol, resulta interesante plantear la centralidad que ha tenido “la ciencia” en las diferentes formas que ha tomado la cuestión en los últimos siglos.¹⁰ En este sentido, creemos que los problemas socio-técnicos y tecno-culturales que dicha construcción propone están atravesados por los debates que se suscitaron entre el campo de la salud y el movimiento feminista.

Femenías (2018), desde la segunda mitad del siglo XX, invita a pensar el aborto a partir de la idea de autonomía de las mujeres, como el problema de la reproducción en las culturas occidentalizadas: “a mayor reconocimiento de la racionalidad y de la autonomía de las mujeres, mayor intervención estatal en cuestiones vinculadas a su cuerpo propio, de la que la cuestión del aborto obviamente no es ajena” (Femenías, 2018, p. 38). En nuestro país, este vínculo entre el Estado, el sistema de salud, las políticas de salud sexual y el movimiento feminista ya fue ampliamente trabajado (Ariza, 2017; Barrancos, 2012; Bellucci, 2014; Cepeda, 2008; Ciriza, 2013; Mateo, 2018; Pantelides & Bott, 2000; Pantelides & Gaudio, 2009; Pecheny et al., 2012; Petracci & Pecheny, 2009; Petracci & Ramos, 2006; Ramos et al., 2001; Szulik et al., 2008; Tarducci, 2018). Desde la década de 1960, el movimiento feminista hizo un fuerte hincapié en la necesidad de separar la sexualidad de la procreación, sobre todo a partir de la revolución que generó la aparición

⁹ Para un análisis constructivista de la aspiración manual endouterina desde la perspectiva xenofeminista, que entrecruza tecnologías de género y políticas de reproducción, ver Helen Hester (2018).

¹⁰ Para profundizar en el debate sobre “la historia del aborto” ver Femenías (2018) y Galeotti (2004).

de la píldora anticonceptiva como forma de regular la natalidad (Barrancos, 2012; Bellucci, 2014; Felitti, 2008, 2009). Recién en 2003 se sancionó en Argentina la Ley 25.673 de salud sexual y reproductiva, con el fin de garantizar, desde un enfoque de género, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, a partir de la implementación de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Esta ley se enmarcó en diversas convenciones internacionales que sucedieron durante las décadas anteriores en materia de derechos sexuales y reproductivos.¹¹ Puntualmente, en el marco de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1968, se hizo hincapié en que la decisión de cuántos/as hijos/as tener era un derecho de las personas y, por lo tanto, los Estados debían garantizar el acceso a la información y a servicios de salud. Esto fue ratificado en la Conferencia Internacional de Población de Bucarest en 1974 y en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres de 1979. En la década de 1990, se explicitaron los marcos normativos de salud reproductiva en clave de derechos en dos conferencias internacionales: la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de la ONU, realizada en El Cairo en 1994, y la IV Conferencia Internacional de las Mujeres, realizada en Beijing en 1995, que ratificó el derecho de todas las mujeres a poder decidir de manera libre de coerción y violencia sobre la maternidad (de Barbieri, 2000; Mateo, 2017). Sin embargo, aunque en materia internacional se plasmaron estas garantías que implicaban un claro avance al respecto, hasta la implementación de las leyes de Salud Sexual y Reproductiva, Anticoncepción Quirúrgica, y finalmente Interrupción Voluntaria del Embarazo, en Argentina las políticas siempre fueron restrictivas en este sentido.¹²

¹¹ En relación a este concepto, es fundamental recuperar el planteo de Brown (2014) respecto de la noción de derechos sexuales y (no) reproductivos. La autora sostiene que la idea de derechos reproductivos, aunque en un momento resultó una conquista en términos conceptuales, en la actualidad, estos reclamos se centran en las luchas feministas por el aborto legal (en aquellos países donde aún no lo es) y contra las políticas coercitivas de control de la población implementadas en los países subdesarrollados. Como ambos puntos tienen que ver con la idea de la no-reproducción es que sugiere agregar el (no) entre paréntesis para incluir aquellas demandas feministas a la maternidad elegida (Brown, 2008b).

¹² Por ejemplo, en 1974, José López Rega decretó, con fines poblacionistas, la prohibición de la comercialización de pastillas anticonceptivas y el cierre de los consultorios públicos de Planificación Familiar (Bellucci, 2014; Cepeda, 2008, 2011; Felitti, 2009).

Aunque la Ley de salud sexual y reproductiva dejó por fuera la garantía del derecho al aborto, las dos primeras décadas del siglo fueron escenario de una infinidad de investigaciones que plasmaban, desde diferentes ángulos, que el aborto clandestino era un problema de salud pública y la legalización era la única solución al problema de la mortalidad materna.¹³ Por un lado, se publicaron textos claves en la discusión no solo académica sino también política donde se sostenía el inconveniente que representaba la clandestinidad del aborto para los sistemas de salud (Faundés & Barzelatto, 2005). Además, la politóloga Silvia Mario y la socióloga Edith Pantelides (2009), en el marco de una investigación financiada por el Ministerio de Salud de la Nación, estimaron estadísticamente la magnitud del aborto inducido, poniendo por primera vez una cifra a la situación epidemiológica: en Argentina abortan entre 486.000 y 522.000 mujeres al año. En simultáneo, organismos internacionales producían informes sobre la situación del aborto en toda América Latina. El Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) publicó varios trabajos sobre la situación en Latinoamérica, construyendo argumentos jurídicos en pos de su legalización y la búsqueda de políticas públicas en clave de derechos humanos (Asociación por los Derechos Civiles, 2014; Ramos, 2015).¹⁴ Además, publicaron datos trascendentales sobre misoprostol en diversas posologías que incluían la combinación con la mifepristona en Latinoamérica (CLACAI, 2010, 2017b, 2017a; Ramón Michel & Ariza Navarrete, 2017; Távara & Chávez, 2013), buscando indagar sobre las particularidades que adquiriría el aborto medicamentoso en la región, cuya base eran las investigaciones que se habían publicado a nivel internacional (Ashok et al., 1998; Avrech, 1991; David, 1992; DeHart & Morehead, 2001; Elul et al., 1999; Mahajan & London, 1997; Peyron et al., 1993; Schaff et al., 1999; Simonds et al., 2001; Spitz, 1998; Swahn & Bygdeman, 1988; Thong & Baird, 1992; Winikoff et al., 1997a).

En la búsqueda de generar estrategias para garantizar las interrupciones del embarazo de manera segura, desde los primeros años del siglo XXI, en Argentina – duplicando el modelo uruguayo– se utilizó el paradigma de reducción de riesgos y daños

¹³ Sobre este concepto me interesa recuperar la reflexión que realiza Femenías (2018): “En la categoría ‘mortalidad materna’ en caso de aborto (y similares) se cumple la paradoja de llamar ‘madre’ a una mujer que abortó para evitar serlo. Como una violencia simbólica más (de las tantas que rodean el tema), no se habla de ‘mujeres muertas por ocasión de aborto’, sino que directamente se intercambia ‘mujer’ por ‘madre’ sin más” (2018, p. 52).

¹⁴ Surgida en el año 2004, según su página web, CLACAI “Es una articulación integrada por activistas, investigadores/as, proveedores/as de servicios de salud y profesionales que contribuye a la disminución del aborto inseguro en Latinoamérica. Promueve el acceso a la información y a tecnologías modernas y seguras en el marco del pleno respeto a los derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de género y equidad”. Disponible en: <https://clacai.org/nosotros/>. Consultada el 12/02/2021.

(Briozzo, 2002; Rostagnol, 2013; Rostagnol et al., 2013). En términos sanitarios, se centró en que la reducción de los índices sociosanitarios (como la mortalidad materna) es un problema que afecta el deber médico y, por ende, es responsabilidad de estos/as profesionales asegurar a las mujeres el acceso a la información en temáticas de salud sexual y reproductiva, que les permitan tomar decisiones libres, informadas y conscientes (Fernández Vázquez, 2017; Ramón Michel et al., 2013; Stapff et al., 2011). Este modelo busca pensar una nueva relación entre los agentes de salud y las usuarias, donde éstas encuentren una respuesta frente a la situación de embarazo. Sin embargo, algunas críticas al modelo provienen de interpretar que no es solo un problema de salud pública, sino que debe ser entendido como una violación a los derechos humanos, a la salud y a que las mujeres puedan decidir sobre sus propios cuerpos (Botta, 2016; Brown, 2014).

En todos estos años, el marco normativo vigente en nuestro país era el artículo 86 del Código Penal que, aunque desde 2007 establecía dos causales de no punibilidad plasmadas en una *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles* (Ministerio de Salud de la Nación, 2007), no se cumplía dentro del sistema sanitario (Bergallo, 2018; Cartabia Groba & Hopp, 2018; Cepeda, 2017; Deza, 2015; Di Liscia, 2012a; Gonzalez Prado, 2013; Peñas Defago, 2013; Ramón Michel & Cavallo, 2018). Como consecuencia del *status* mediático que tomó en 2009 el caso de AG en la provincia de Chubut, la Corte Suprema de Justicia dictó en 2012 el fallo FAL s/medida autosatisfactiva que avaló el marco jurídico de interpretación de dicho artículo y habilitó la realización de abortos dentro del sistema de salud a partir de la interpretación de la “causal salud” (CLACAI, 2008; Gonzáles Vélez, s/d; Gonzalez Prado, 2013, 2018; González Vélez & Durán, 2011).¹⁵ Luego del fallo, el Ministerio de Salud creó el *Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (ILE) (2015, 2019), generando un cambio sustancial en la forma de concebir el aborto en el sistema de salud público. Principalmente, porque se pasó de comprenderlo a partir de un carácter de excepción (la no punibilidad), a la garantía de un derecho (legalidad) (Szulik & Zamberlin, 2020). Sin embargo, al igual que sucedía en las décadas

¹⁵ En relación al concepto de ‘causal salud’, el cambio sustancial que plantea el fallo FAL es entender la salud en los términos de la OMS como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o acepciones. En este marco de comprensión amplia del derecho a la salud, la aplicación de esta causal no requiere la constatación de un daño, sino el potencial peligro para el bienestar de la mujer en cualquier dimensión, ni es necesario que este riesgo sea constatado.

anteriores respecto de los derechos sexuales y (no) reproductivos, no fue suficiente con el fallo y el posterior Protocolo de ILE para que dichas interrupciones se llevaran adelante.

Otras investigaciones han señalado diversos aspectos del problema. Por caso, la investigadora Marianela García (2020), a partir de indagar sobre las significaciones acerca de la sexualidad de las adolescentes en el discurso médico hegemónico, estudió la repercusión de los cambios políticos en la provincia de Buenos Aires con la implementación del protocolo de ILE. García recupera un informe de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito para destacar que se presentaron resistencias por parte de las autoridades hospitalarias y centros de atención primaria, de modo destacado, donde se desconocía el marco legal y normativo; se producían faltantes de misoprostol, anticonceptivos, preservativos y otros recursos necesarios para el trabajo profesional; se realizaba escasa capacitación y acceso a la AMEU; entre otros (García, 2020). Como veremos en los capítulos 5 y 6, se generaron diferentes estrategias con el objetivo de enfrentar este tipo de resistencias. Entre ellas, en 2011 se constituyó, a nivel nacional, la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), compuesta por más de 400 profesionales, acercando a los/as trabajadores/as de la salud información respecto al aborto seguro y materiales claves para el ejercicio de la profesión (Karstanje et al., 2020; REDAAS et al., 2018; Romero & Moisés, 2020) además de la publicación periódica de documentos sobre diversos temas, algunos específicos en relación al uso del misoprostol (Gebreuers & Gherardi, 2015; Grossman, 2016; Grosso & Zurbriggen, 2016; Luchetti & Ramón Michel, 2019).¹⁶ Otras estrategias estuvieron focalizadas en la creación de centros de salud para jóvenes y adolescentes, tal es el caso de Grupo FUSA.¹⁷

No obstante, como iremos analizando en los próximos capítulos, las experiencias de salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres no necesariamente han ido a la par de

¹⁶ “REDAAS es una red de profesionales de la salud y el derecho vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina [...]. Esta red se comenzó a articular en 2011 como iniciativa del Área de Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y se institucionalizó bajo el nombre de REDAAS en 2014, en una construcción conjunta con ELA – Equipo Latinoamericano de Justicia y Género”. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/quienes-somos-REDAAS>. Consultada el 13/02/2021.

¹⁷ “Somos una asociación civil argentina que nació con el objetivo de promover que adolescentes y jóvenes puedan acceder a un servicio integral de salud de calidad y que se garantice el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. Contamos con un equipo interdisciplinario de profesionales orientados a distintas áreas de trabajo: investigación, incidencia política, expansión comunitaria y atención integral de la salud y comunicación. En 2013 inauguramos Casa FUSA, el primer centro de salud especializado en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires”. Disponible en <https://grupofusa.org/que-es-fusa-ac/>. Consultada el 13/02/2021.

las discusiones de la medicina hegemónica. El movimiento feminista, guiado por la idea de autonomía, también fue clave en el uso del misoprostol como un método abortivo seguro y efectivo. Con la medicación, las mujeres podían abortar de manera ambulatoria, sin la necesidad de un/a médico/a que realizara la práctica. Para ello, lo más importante era la circulación de la información ya que una serie de investigaciones habían dado cuenta de que, aunque el método era seguro utilizado con una posología específica, las mujeres lo usaban poniendo en riesgo su salud. Sobre esta cuestión, el equipo liderado por la médica ginecóloga y Directora de FUSA Sandra Vázquez (2006) advirtió sobre las complicaciones y secuelas de la interrupción del embarazo en adolescentes por el uso de misoprostol sin indicación médica. En ese trabajo, sostenían que:

Se consideró que evaluar los efectos que esta droga producía –en relación con la salud reproductiva- como consecuencia de su uso inapropiado constituía un tema de interés al no existir bibliografía nacional al respecto. La bibliografía extranjera consultada sobre su uso en la interrupción del embarazo proviene de países en que está legalizado el aborto y por lo tanto su indicación se hace con dosis adecuadas y bajo control médico (Vázquez et al., 2006, p. 280).

Respecto de la circulación bibliográfica a la que hacen referencia, los primeros registros de mujeres utilizando misoprostol con fines abortivos llegaron desde Brasil durante 1980 (Arihla & Barbosa, 1993; Barbosa & Arihla, 1993; Beraldo et al., 2017; Coêlho et al., 1993, 1994; Coêlho, 1998; Fonseca et al., 1998; Gómez Pérez et al., 2013; D. L. A. dos Santos & Brito, 2016; Zordo, 2016), pero, a partir de la década siguiente, se pueden encontrar experiencias de abortos con misoprostol en toda América Latina inscriptas en diferentes marcos normativos: la ilegalidad, la no punibilidad de algunas causales, o la legalidad (Artuz & Restrepo, 2002; Checa, 2006; Checa et al., 2006; Chia, 2018; Colectiva por la Libre Información para las Mujeres, 2014; Correa & Pecheny, 2016; Espinoza et al., 2002; Gómez, 2017; N. Johnson et al., 2015; Labandera et al., 2016; López Gómez, 2016; Rostagnol, 2013; Rostagnol et al., 2013).

En el caso de Argentina, un estudio clásico sobre las experiencias de aborto voluntario de mujeres y varones fue publicado en 2011 por las investigadoras July Chaneton y Nayla Vacarezza (2011). Este trabajo no solo recupera la voz en primera persona de quienes se encuentran en el centro del debate sobre el aborto, sino que incorpora el cruce epistemológico entre género y clase. Así como el relato de ficción que da inicio a este capítulo, la investigación hace foco en las experiencias que transitan sus protagonistas. En los años siguientes, empiezan a emerger dentro de los diferentes

espacios académicos, trabajos respecto de las experiencias de mujeres que utilizan misoprostol (Elizalde & Mateo, 2018; Fernández Vázquez & Szwarc, 2017; Ramos et al., 2014; Ramos & Fernández Vázquez, 2020; Sin cautivas, 2013; Szwarc & Vázquez, 2018; Vázquez & Szwarc, 2018).

Como veremos en los capítulos 4, 5 y 6, las experiencias de colectivas de acompañamientos feministas en abortos medicamentosos comienzan en nuestro país sobre el final de la década del 2000. Durante esos años, diferentes militantes feministas acompañan a mujeres a realizarse abortos inducidos con misoprostol, que luego convergen en las dos experiencias más influyentes de la región. La línea “Más información-Menos riesgos” creada por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, consistía en un número telefónico donde las mujeres se comunicaban para solicitar información sobre la realización de un aborto seguro (Drovetta, 2015; Mines et al., 2013).¹⁸ A partir de esta iniciativa, el mismo colectivo publica el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* (2010) y, unos años después de su publicación, desde la Revuelta, en la Patagonia argentina, surge Socorristas en Red como una articulación nacional de feministas que estaban realizando acompañamientos de abortos ambulatorios con misoprostol (Belfiori, 2015; Burton, 2017a, 2017b; Burton & Peralta, 2016; Galarza, 2019; Grosso et al., 2013; Grosso & Zurbriggen, 2016; Maffeo et al., 2015; Santarelli, 2017; Santarelli & Anzorena, 2017; Zurbriggen et al., 2013).¹⁹ Esta colectiva, utilizando lemas como “Las mujeres abortamos, las socorristas acompañamos”, apostaron a una construcción a partir de “lazos de afectividad y cuidados frente a una práctica que históricamente ha sido estigmatizada” (Del Manzo, 2019, p. 64). Además de acompañar a las personas en dicha situación generó

¹⁸ En adelante, Lesbianas y Feministas. Se trata de un grupo de personas que, por su tránsito por diferentes espacios políticos, feministas, del movimiento LGBT y de las prostitutas, han “aprendido la importancia de transmitir información entre pares” (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010, p. 9). La red se gestó durante 2008 con una médica que acercaba materiales a jornadas de capacitación para quienes formaban parte del colectivo y juntas armaron la línea telefónica teniendo como base a la experiencia de líneas de Holanda, Ecuador y Uruguay, y el financiamiento de dos organismos internacionales. Durante agosto de 2009 y agosto de 2010 dieron información sobre el uso seguro del misoprostol a 4500 mujeres que se comunicaron con ellas.

¹⁹ 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. En su página web sostienen que “Es en el año 2014 cuando Socorristas en Red adquiere un claro sentido de Red de acompañantes, para insistir con cuidar la vida y la salud de quienes deciden abortar, ante las experiencias y evidencias empíricas que muestran que cuando una persona decidió abortar, así lo hará, desoyendo las leyes restrictivas y criminalizadoras. Las más empobrecidas y vulnerabilizadas, lo harán -incluso- poniendo en riesgo sus vidas y su salud”. Disponible en <https://socorristasenred.org/quienes-somos/>. Consultada el 09/03/2021.

información estadística que fue clave, no solo para discutir algunas ideas respecto de quienes eran las personas que abortaban, sino también para producir conocimiento teórico específico sobre la posología de la medicación (Zurbriggen et al., 2013, 2018). Entre Socorristas en Red y aquellas profesionales que estaban diseñando las consejerías de reducción de riesgos y daños en algunos pocos centros de salud, se impulsó la discusión –en el marco de la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito– respecto de la difusión del uso del misoprostol (Anzorena & Zurbriggen, 2013).²⁰

Con algunos avances y retrocesos, tanto las colectivas de acompañamientos en abortos como la Campaña fueron creciendo durante los años siguientes. Incluso en su interior se creó en 2015 la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, que nuclea a quienes trabajan dentro de la salud pública para garantizar las ILEs en un primer momento y las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) en la actualidad.²¹

En 2018 se discutió por primera vez en el Congreso Nacional una ley de IVE. El debate sobre el proyecto estuvo anclado en diferentes cuestiones (Levín, 2018; Luna, 2019). En palabras de Dora Barrancos (2018):

Los alegatos de quienes hemos militado para la sanción de la ley se han referido centralmente a las siguientes cuestiones: al grave problema de salud pública pues, sin hesitación, el aborto es la principal causa de mortalidad materna (hemos escuchado atónitas y atónitos que se llegó a discutir si las mujeres muertas por aborto en 2016 fueron 43 o 39); a la flagrante discriminación producida por su clandestinidad, pues las mujeres de los sectores socialmente más beneficiados han podido acceder a servicios seguros; a que la ilegalidad supone un cercenamiento de la autonomía de las mujeres y de las personas gestantes forzadas a llevar adelante embarazos que no desean; y, en mi caso, he subrayado que la legalización del aborto significa que el Estado debe reconocer el derecho al goce sexual de las mujeres (2018, p. 374).

Estas intervenciones sucedieron en el marco de las audiencias de discusión del proyecto de ley en ambas Cámaras. En la Cámara de Diputados se realizaron 15 audiencias en las que 738 oradores/as expusieron sus posturas y argumentos a favor y en contra del proyecto. Estas reuniones incluían legisladores/as de las comisiones de Legislación General; Legislación Penal; Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia y Acción Social y Salud Pública. Las audiencias se sucedieron dos veces a la semana durante los

²⁰ En adelante, a la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito nos referiremos como La Campaña.

²¹ A la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir nos referiremos en lo sucesivo como La Red de Profesionales.

meses de abril y mayo de 2018, siendo más de 106 horas de debate. Finalmente, el 14 de junio de ese año (la sesión arrancó el 13 de junio, pero duró más de 23 horas), se aprobó la media sanción del proyecto de ley con 129 votos a favor, 125 en contra y 1 abstención. Al mes siguiente, la situación en la Cámara de Senadores no fue tan positiva para el proyecto. Allí se discutió en las comisiones de Salud; Justicia y Asuntos Penales; Asuntos Constitucionales y Presupuesto y Hacienda, contando con 143 especialistas en la temática. El 8 de Agosto se realizó la votación definitiva, donde primó el rechazo al proyecto de ley con 38 votos en contra y 31 a favor.²²

En esta investigación, consideramos al 2018 como un año clave, no solo por el debate del proyecto de ley de aborto, sino también por dos hechos que hacen específicamente al artefacto. Por un lado, el 6 de febrero de 2018, la actriz, comedianta y conductora de radio conocida por su nombre artístico Señorita Bimbo menciona la existencia del misoprostol para la realización de abortos de manera segura y ambulatoria en el programa televisivo *Intrusos en el espectáculo* y genera que dicha ‘palabra’ se volviera tendencia nacional en las búsquedas de Google (Borda & Spataro, 2018; Eduardo & Pita, 2019; Laudano, 2019). Como bien señala la docente e investigadora Claudia Laudano (2019), durante ese año, tuvo un rol central el activismo digital feminista en construcción de agenda del debate político sobre la legalización del aborto. Por otro lado, como consecuencia de los debates anteriormente mencionados y de la presión de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, en agosto de ese año la ANMAT aprobó el uso del misoprostol para la realización de abortos legales (Luchetti & Ramón Michel, 2019).

Este año el misoprostol comienza a ocupar un espacio cada vez más grande en la arena pública, al punto que la investigadora Nayla Vacarezza se pregunta, en relación a la producción visual a favor de la legalización del aborto, “¿Qué novedad política traen las pastillas sonrientes que anuncian que el aborto puede ser un acontecimiento alegre?” (Vacarezza, 2018, p. 195). Según la autora, en el centro del debate está el misoprostol tomando la forma de un nuevo signifiante. Dos años después, en diciembre del 2020, en el marco de la pandemia de COVID-19, con un Ministerio de Salud que recién había

²² Información extraída del sitio de las páginas oficiales de las Cámaras de Diputados y Senadores de la Nación. Consultadas el 27/03/2020.
https://www.hcdn.gob.ar/prensa/noticias/2018/despenalizacion-aborto/noticias_0594.html
<http://www.senado.gob.ar/micrositios/ive/4>

recuperado su *status* ministerial, y en las vísperas del año nuevo, finalmente se aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto

En el análisis de la construcción social y cultural del misoprostol como droga abortiva, la trayectoria socio-técnica (Latour, 1998) hace referencia al proceso de co-construcción por el cual se da cuenta del ‘funcionamiento’ o ‘no funcionamiento’ de una tecnología (Thomas, 2008). Metodológicamente:

Tomando como punto de partida un elemento socio-técnico en particular, por ejemplo, una tecnología (artefacto, proceso, organización determinada), una firma, un grupo de I+D, este concepto –de naturaleza eminentemente diacrónica– permite ordenar relaciones causales entre elementos heterogéneos en secuencias temporales (Thomas, 2008, p. 249).

Recuperando dicha perspectiva, en este apartado presentaremos las fases de la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol como abortivo e identificaremos los grupos sociales relevantes y el problema presentes en cada una de ellas. Dicha trayectoria del artefacto será la columna estructural de esta tesis.

Primera fase: El misoprostol en el laboratorio

La primera fase corresponde a la coyuntura de creación de la droga misoprostol en el laboratorio G D Searle & Co, de Estados Unidos, donde un grupo de científicos, en el marco de un proyecto que buscaba sintetizar prostaglandinas, desarrollado durante la década de 1970, ‘inventan’ el misoprostol. En la publicación de los resultados, le asignan significados que denominarán un ‘buen uso’ o ‘mal uso’ y, luego de la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA), comienza a comercializarse bajo el nombre de Cytotec luego de su patentamiento como monodroga en 1985.

Lo interesante de esta fase es que el misoprostol como tal se crea en el marco de un proyecto de investigación cuyo objetivo era la búsqueda de prostaglandinas, descubiertas en la década de 1930, de las cuales ya se tenía conocimiento que generaban contracciones uterinas. Por lo tanto, si concibiéramos la innovación tecnológica a partir de un modelo lineal (Pinch & Bijker, 1987), podríamos pensar que el avance farmacológico derivaría en que, 40 años después, cuando se realizaran investigaciones con el fin de sintetizar estos componentes, una de sus aplicaciones sería la posibilidad de generar contracciones uterinas. Sin embargo, esto no sucede así, por lo que el problema

socio-técnico y tecno-cultural de esta fase es ¿por qué aun sabiendo que las prostaglandinas producían contracciones, los primeros ensayos pre-clínicos solo se concentraron en su aplicación antiulcerosa?

Segunda fase: Del uso gastroenterológico al uso ginecobstétrico

Sujeto a las oraciones iniciales, comprende la aparición del misoprostol en el mercado latinoamericano, a mediados de la década de 1980. Durante este período, diferentes grupos sociales intervienen en la construcción del misoprostol como inductor de contracciones. Por lo tanto, el principal problema socio-técnico y tecno-cultural que lo articula se refiere a la forma en la que la contraindicación de un fármaco se transforma en una indicación. Indagaremos el proceso de esta transformación de las contraindicaciones en cada uno de los actores que participan y dinamizan esta fase. En un primer momento, encontramos las experiencias de las mujeres brasileñas quienes son las primeras en utilizar el misoprostol con fines abortivos (Arihla & Barbosa, 1993; Barbosa & Arihla, 1993; Coêlho et al., 1993; Costa & Vessey, 1993; Diniz et al., 2009; Zordo, 2016). Al respecto, la investigadora brasileña Débora Diniz, afirma que el misoprostol:

Es un remedio para la úlcera, para el dolor de estómago. Y son las mujeres del noreste de Brasil que en la década de 1980 vieron que había una imagen de una mujer embarazada y una cruz en el prospecto, y una pequeña aclaración que decía que no se podía tomar este medicamento si estabas embarazada porque podría ser abortivo. Luego, por ensayo y error, comenzaron a usar este medicamento para abortar (Carrizo Richelet & Palomino Domínguez, 2019).

A partir de la visibilidad que adquiere el misoprostol con fines abortivos en el país vecino, la experiencia de las mujeres brasileñas se torna un punto de partida en Latinoamérica para los colectivos de acompañamiento en situación de aborto, que emergen en las décadas siguientes (Bellucci, 2014) y que comienza a cruzarse con los otros dos actores claves de esta fase: los/as farmacéuticos/as en su búsqueda de información y medicación, y los/as ginecólogos/as como parte del entramado sanitario. La profundización en cada uno de estos grupos está relacionado con que las mujeres –en este caso las brasileñas– empiezan a utilizar el misoprostol con fines abortivos y los/as farmacéuticos/as a vender el misoprostol –en la ilegalidad– con el mismo fin (Zordo, 2016).

En cambio, en Argentina, los/as ginecólogos/as también comienzan a utilizar el misoprostol, pero con otros propósitos: inducir contracciones en el parto o la expulsión en casos de huevo muerto y retenido (HMYR), y recién en la fase siguiente empiezan a manipular la medicación en abortos inducidos. Tanto en las entrevistas realizadas como a partir de las publicaciones académicas, se puede rastrear cómo se utilizó de esta manera (Campos et al., 1994; D'Angelo et al., 1990; González Pena et al., 1996; Morozovsky et al., 1990; Murad et al., 1997). Sin embargo, también pudimos observar que comienzan a emerger diferentes formas de indicar el misoprostol por parte de los/as ginecólogos/as y los/as médicos/as generalistas, que se profundizarán en la década siguiente, dando cuenta de cómo las residencias y las especialidades juegan un rol protagónico en estas construcciones, así como también las diferencias entre las regiones de Argentina, mostrando la diversidad de cada grupo social relevante hacia dentro y, por ende, la centralidad del análisis de la flexibilidad interpretativa.

Por último, en esta fase, la ANMAT, a través de la disposición 3646/98, establece la comercialización del misoprostol en combinación con el diclofenac bajo la condición de venta bajo receta archivada. El motivo justamente estuvo relacionado con la creciente generalización de su uso ordinario con fines abortivos.

Tercera fase: La construcción de posologías abortivas

La tercera fase abarca la búsqueda de posologías para el uso del misoprostol en la inducción de abortos en nuestro país. Si el misoprostol no fue inscripto como inductor de contracciones, ¿cómo se utiliza? ¿Cuántas dosis de misoprostol son necesarias para realizar abortos de manera segura? ¿Cómo es la posología? Y, sobre todo, ¿quién está 'autorizado/a' a decir cómo se usa y por qué? Estos debates transcurren durante la primera década del siglo XXI y constituyen el problema socio-técnico y tecno-cultural más destacado de esta fase, estableciendo como momentos claves de cierre la edición del libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010), la sanción del fallo FAL que establece una interpretación amplia del Código Penal y la publicación de la guía *Aborto sin riesgos* (Organización Mundial de la Salud, 2012). A partir del 2000, hay un 'acuerdo' en que el misoprostol se puede usar para generar contracciones y expulsar un saco gestacional (vivo o no) o un parto, pero aquí nos concentraremos en los debates sobre la

posología específica para la inducción de abortos. En este sentido, nos preguntamos por la construcción, circulación y apropiación de estos saberes por parte de los diferentes grupos.

En base a las entrevistas realizadas, se advierte que las mujeres argentinas comenzaron en estos años a utilizar el medicamento con fines abortivos gracias a las redes que tenían o podían construir, buscando posologías adecuadas a partir de experiencias que se entrecruzan con otros grupos sociales claves, como los/as trabajadores/as de la farmacia, los/as profesionales de la salud, el acceso a determinados materiales, entre otros.

En este cruce podemos reconocer la relación que se establece entre las mujeres que utilizaron el misoprostol para abortar y el movimiento feminista. Sobre todo, a partir de dos circunstancias específicas. Por un lado, el libro *Todo lo que querés saber...*, basado en los llamados que se realizaron a la línea telefónica “Más información-Menos riesgo” (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010) representó un quiebre respecto de la información disponible en Argentina sobre los usos seguros del misoprostol –por la articulación entre el conocimiento médico disponible internacionalmente, las experiencias concretas de las mujeres, su emergencia en los relatos de aquellas entrevistadas como un momento trascendental–; además de constituirse como la base de casi todas las experiencias de acompañamiento de abortos realizada por las feministas durante la década siguiente –por ejemplo, Socorristas en Red, que tuvo su génesis en una experiencia de acompañamiento de la Colectiva Feminista La Revuelta en 2009–. Por otro lado, la incidencia política de la Campaña, lanzada en Argentina el 28 de mayo de 2005 bajo la consigna de “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, referencia fundamental, junto a las otras dos colectivas feministas mencionadas, para la apertura de un horizonte de discusión sobre los derechos de las personas para acceder a un aborto.

Respecto de los/as efectores/as de salud, es necesario dar cuenta de su rol como grupo social relevante en la construcción del misoprostol en esta etapa. Tanto ginecólogos/as como médicos/as generalistas entrevistados/as, afirman que en los primeros años de los 2000 comienzan a usar misoprostol para la inducción de abortos. Sin embargo, aunque en 2003 sale la primera guía de aborto de la OMS, todos/as los/as profesionales difieren en las posologías, las formas de uso del misoprostol y alegan la falta de bibliografía al respecto.

Al final de la década se establece el cierre de la controversia sobre la posología al identificarse un acuerdo por parte de los grupos sociales relevantes en torno al uso de 12 comprimidos para lograr un aborto seguro y ambulatorio.

Cuarta fase: La estabilización del uso abortivo

La última fase se establece desde la publicación de *Todo lo que querés saber...* hasta la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, en 2020. En 2018 se suceden tres hechos claves ya mencionados respecto de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto: 1) el misoprostol se vuelve tendencia nacional en las búsquedas de Google por efecto de su mención como droga abortiva en la televisión, por parte de periodistas feministas, 2) se discute por primera vez en el recinto del Congreso Nacional el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo de la Campaña, y 3) la ANMAT aprueba el uso del misoprostol para la realización de abortos legales. Con estos hechos se inicia el proceso que culmina con la legalización del aborto en 2020. El nudo problemático de esta fase se encuentra en la controversia en torno del misoprostol como artefacto abortivo y su entramado específico con el aborto como práctica legal o ilegal.

El primer grupo social clave en esta etapa es el movimiento feminista. Dentro de este grupo encontramos sub-grupos que no construyen al misoprostol de la misma manera. Con una gran centralidad durante esta década se destaca la Campaña. También podemos rastrear a la Red de Profesionales como articulación de efectores/as de salud en pos de garantizar los abortos legales; y a Socorristas en red, como una de las redes más importantes en relación al acompañamiento de abortos libres y feministas, por fuera del sistema de salud público, pero en constante articulación con el mismo.

Como otro actor social relevante de esta etapa, se anota no solo a la Red de Profesionales, sino también otros/as efectores/as de salud que han realizado abortos con misoprostol por fuera de esta articulación. Para poder mostrar estas diferencias, es necesario tener en cuenta el quiebre que genera la aparición del protocolo de ILE (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Antes de la existencia de este protocolo había diversas experiencias de profesionales de la salud en el uso del misoprostol: quienes hacían la receta y quienes no (con las particularidades que adquiría esa receta), quienes

registraban la práctica en las historias clínicas y quienes no, quienes ayudaban a las mujeres para conseguir misoprostol en las farmacias sin receta y quienes no, quienes derivaban a las mujeres a las redes de acompañamiento como Socorristas en Red o la línea de Lesbianas y Feministas, entre otras.

Otro actor fundamental es la propia ANMAT. Hasta 2018, según su disposición, el misoprostol no estaba aprobado para uso abortivo, por lo que se fabricaba en Argentina en tres presentaciones: comprimidos vaginales de 25mcg de misoprostol (de uso exclusivamente hospitalario para inducción de parto) y en combinación: 200mcg de misoprostol con 50 o 75 mcg de diclofenac.

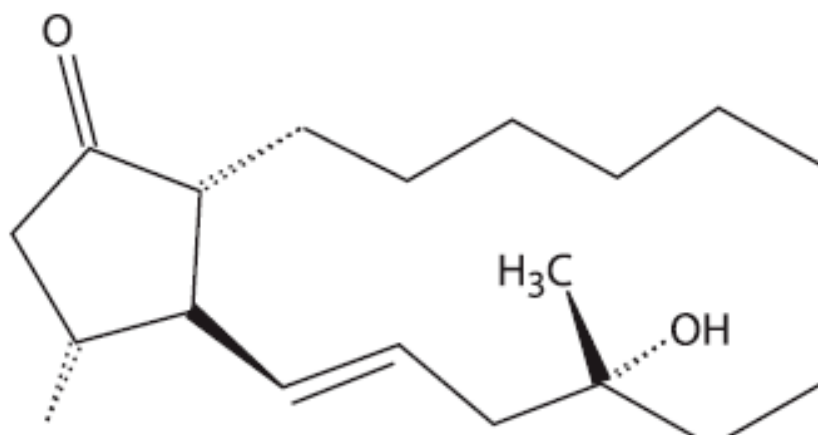
Por último, sigue destacándose como grupo social relevante clave desde los inicios mismos de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol: las personas que experimentaron el uso de este fármaco en sus cuerpos para interrumpir sus embarazos.

Cierre de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural

En este punto del recorrido, nos interesa preguntarnos por los ‘mecanismos de clausura’ que operan en la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol, con el objetivo de poder vincularlo con el entramado social contemporáneo. Entendemos que, en el presente, la medicación –en tanto artefacto tecnológico– se utiliza para abortar con anterioridad a la IVE, pero es en ese marco donde adquiere *status* legal para la sociedad toda.

Ahora bien, este trabajo busca problematizar la medicación en aquellos contextos de ilegalidad que, para nuestro país, desaparecen o pierden fuerza en el proceso que ocurre entre 2018 y 2020 con la discusión social y parlamentaria en torno de una ley que garantice la gratuidad y acceso irrestricto del aborto, largamente iniciada en las décadas anteriores.

**CAPÍTULO 2: El papel del laboratorio en la
construcción socio-técnica y tecno-cultural del
misoprostol**



Durante el siglo XX, período en el que se lleva a cabo la materialización farmacopornográfica, la psicología, la sexología, la endocrinología han establecido su autoridad material transformando los conceptos de psiquismo, de libido, de conciencia, de feminidad y masculinidad, de heterosexualidad y homosexualidad en realidades tangibles, en sustancias químicas, en moléculas comercializables, en cuerpos, en biotipos humanos, en bienes de intercambio gestionables por las multinacionales farmacéuticas. Si la ciencia ha alcanzado el lugar hegemónico que ocupa como discurso y como práctica en nuestra cultura, es precisamente gracias a lo que Ian Hacking, Steve Woolgar y Bruno Latour llaman su <<autoridad material>>, es decir, su capacidad para inventar y producir artefactos vivos. Por eso la ciencia es la nueva religión de la modernidad. Porque tiene la capacidad de crear, y no simplemente de describir la realidad [...].

No hay nada que develar en la naturaleza, no hay un secreto escondido. Vivimos en la hipermodernidad punk: ya no se trata de revelar la verdad oculta de la naturaleza, sino que es necesario explicitar los procesos culturales, políticos, técnicos a través de los cuales el cuerpo como artefacto adquiere estatuto natural.

P. Preciado. *Testo Yonqui* (2014, pp. 30-31).

Aunque la historia del misoprostol data de las últimas décadas del siglo XX, este fármaco forma parte de la familia de las prostaglandinas, las cuales –como indicamos más arriba– ya habían sido nombradas en la década de 1930 y en torno a las cuales se sabía que generaban contracciones uterinas. Si concibiéramos la innovación tecnológica a partir de un modelo lineal, podríamos pensar que el avance farmacológico derivaría en que, cuarenta años después, cuando se realizaran investigaciones con el fin de sintetizar estos componentes, una de sus aplicaciones sería la posibilidad de generar este tipo de contracciones cuando los/as profesionales de la salud necesitaran de ello. El modelo lineal simple para explicar la innovación tecnológica tiene, en términos generales, la siguiente estructura: Investigación básica → Investigación aplicada → Desarrollo tecnológico → Desarrollo de productos → Producción → Utilización.

Es decir que, basándonos en este tipo de modelos, los/as científicos/as que crearon el misoprostol en el laboratorio lo deberían haber pensado, también, como un inductor de contracciones, o incluso, los/as profesionales de la salud que sabían que las prostaglandinas, en diferentes dosis, generaban contracciones, deberían haber intuido que el misoprostol se podría utilizar para generarlas en el parto o inducir abortos tanto completos como incompletos. Ahora bien, lo que nos interesa plantear en este capítulo es que esto no sucede así. Por un lado, porque no podemos pensar este proceso en términos lineales. En este sentido, como sostienen Pinch y Bijker, “el fracaso en explicar el contenido de la innovación tecnológica es el resultado del amplio uso dado al modelo lineal simple para describir el proceso de innovación” (1987, p. 27). Por otro lado, porque esta forma de explicar la innovación tecnológica no nos permite buscar las respuestas a algunas de las preguntas centrales de esta tesis sobre cómo fue la construcción social y cultural del misoprostol desde su invención hasta 2020, y cómo devino en una droga inductora de abortos. En este capítulo nos interesa centrarnos en la primera fase de dicha construcción. Por lo tanto, nos preguntaremos ¿por qué convirtieron a la aplicación antiulcerosa en indicación y a la inducción de contracciones en contraindicación? Para ello, buscaremos reconstruir el contexto en que se inventa el misoprostol en el marco de un laboratorio (Knorr Cetina, 2005; Latour & Woolgar, 1979; Law, 2004; Oudshoorn, 1994).

La construcción del artefacto

Para el análisis de esta primera fase es pertinente recuperar algunas de las conceptualizaciones propuestas por los estudios de laboratorio. Estos trabajos surgieron en diferentes lugares de EEUU, durante la década de 1970, a partir de las investigaciones de Bruno Latour, Michael Lynch, Sharon Traweek y Karin Knorr Cetina (Kreimer, 1999, 2005). Su objetivo principal era ingresar a los lugares donde se producía el conocimiento científico para poder dar cuenta de los procesos de construcción del mismo (Knorr Cetina, 2005; Latour & Woolgar, 1979). No obstante, es imposible pensar la realización de un estudio etnográfico de laboratorio respecto del misoprostol porque fue una droga sintetizada en la década de 1970 por G D Searle & Co. que, en la actualidad, se fabrica en diferentes combinaciones y lugares del mundo. En nuestro país, la droga circuló mayormente como Oxaprost, de Laboratorios Beta.²³ Por lo tanto, no podríamos realizar una investigación del corte etnográfico característica de dichos estudios, pero sí realizar algunas preguntas en esta clave, siendo posible reconstruir el proceso de inscripción sociotécnico del misoprostol en las revistas científicas. Nos interesa reponer, a través de la revisión bibliográfica, cómo el misoprostol se constituyó como una nueva sustancia química a partir de un conjunto de prácticas de laboratorio. Para ello relevamos las primeras publicaciones sobre él en revistas internacionales, donde se presentaron los resultados de los efectos de la droga antes de su aprobación: *Gastroenterology* y *The American Journal of Digestive Diseases*. A su vez, durante el primer lustro de la década de 1980, los ensayos pre clínicos necesarios para su aprobación en la FDA se difundieron en revistas de amplia circulación internacional sobre ciencias médicas, biología experimental y prostaglandinas, por lo que también fueron incluidas en este capítulo.

Al respecto, Knorr Cetina nos posibilita problematizar cómo el laboratorio es el espacio en donde se materializan selecciones de posibilidades existentes. A través del análisis de artículos científicos, podemos identificar cómo esa selección aparece claramente en la definición de las indicaciones y las contraindicaciones que llevan a que se construya al artefacto como protector gástrico. Y posteriormente, cómo este ‘hecho científico’ se materializa a partir de la realización de las pruebas clínicas en el área de la gastroenterología y su publicación en revistas especializadas en esa temática. En esta

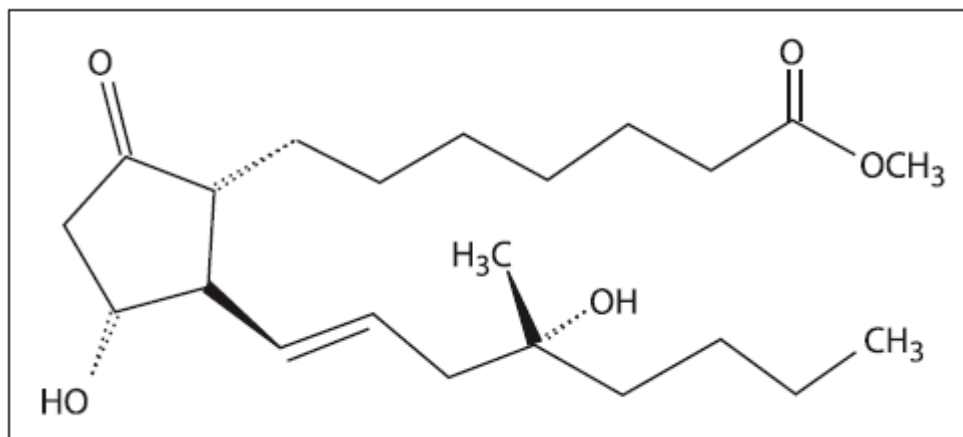
²³ Aunque algunos relatos sugieren que existió a principios de la década de 1980 Cytotec en Argentina, aparecen incongruencias respecto de si era producido en el país o traído ilegalmente desde Brasil.

clave, la autora comprende “la investigación científica como un proceso de producción. Más que considerar los productos científicos como algo que de alguna manera captura lo que es, los consideraremos como selectivamente extraídos, transformados y constituidos a partir de lo que es” (Knorr Cetina, 2005, p. 56). Con esto, la autora sostiene que la relación entre ciencia y naturaleza no es producto del examen de relaciones externas, sino que los ‘hechos científicos’ en vez de leerse como entidades dadas a priori deben ser conceptualizados como construcciones de la empresa científica (2005).

En este proceso de selección, los estudios de laboratorio han aportado a la discusión respecto de la construcción de una realidad social que se presenta como natural. Justamente, esta idea de que los/as científicos/as ‘descubren algo’ invisibiliza las condiciones de producción de ese ‘descubrimiento’. En este sentido, biólogas feministas han problematizado cómo la endocrinología ‘descubrió’ las hormonas sexuales cuando en verdad imprimió una construcción binaria de los sexos (lo femenino y lo masculino) en la explicación respecto de las mismas (Fausto-Sterling, 2000; Oudshoorn, 1994). Dentro de esta línea de investigación que entrecruza biología, ciencias médicas y estudios de género, nos interesa particularmente retomar la centralidad de las ciencias de laboratorio en la construcción de las tecnologías.

Las ciencias de laboratorio tienen el poder de crear artefactos: fenómenos que no existían antes de la invención de científicos de laboratorio [...]. En este enfoque constructivista, las hormonas sexuales no existen simplemente en la naturaleza, literalmente son creadas por científicos de laboratorio (Oudshoorn, 1994, pp. 42-43).

La intención de recuperar a Oudshoorn (1994) es problematizar cómo estos/as científicos/as crean el misoprostol en el laboratorio y le otorgan sentido. En diálogo con estas investigaciones, los estudios feministas constructivistas aportan a la discusión sobre el proceso de flexibilidad interpretativa por el cual se imprimen sobre el fármaco sus indicaciones y sus contraindicaciones que luego son interpretadas por los grupos sociales relevantes.



1 Estructura química del misoprostol

Desde mediados de la década de 1960, muchos laboratorios se dedicaron a estudiar las prostaglandinas. Específicamente, buscaban un proceso por el cual mejorar su estructura sintética que aún presentaba algunos problemas: un rápido metabolismo, efectos secundarios e inestabilidad química. En ese marco, a principios de la década de 1970, Paul Collins, quien estaba al frente de un equipo del laboratorio G D Searle & Co. afirmaba que “comenzamos un programa químico para sintetizar análogos de PGE, con el objetivo de mejorar su perfil farmacológico” (P. W. Collins, 1990, p. 152). Así fue que, en pos de resolver principalmente la inestabilidad química de este tipo de prostaglandinas, en 1973 estos científicos inventaron el misoprostol, siendo “la primera prostaglandina disponible para el tratamiento de la úlcera péptica y el primer fármaco encontrado efectivo contra la gastropatía inducida por fármacos antiinflamatorios no esteroides” (P. W. Collins, 1990, p. 150).

Desde el primer momento, estos científicos afirmaban que la nueva sustancia tenía la ‘ventaja’ de representar una mejora con respecto a las otras prostaglandinas; aunque no se podía evitar el efecto secundario de las contracciones uterinas.

Una de las ideas centrales de Latour y Wooglar (1979) en *La vida en el laboratorio*, propone pensar el fármaco como dispositivo en tanto transformación material a partir de su inscripción en determinado campo de acción, así como del estatuto y significado que adquiere con dicha inscripción. La eficacia de estos dispositivos radica en que se grafica al misoprostol y se lo comprende directamente como sustancia. En palabras de los autores, “el bioensayo no es simplemente un medio de obtener una entidad

independientemente dada; el bioensayo constituye la construcción de la sustancia” (Latour & Woolgar, 1979, p. 77). Por lo tanto, esta inscripción del dispositivo ‘oculta’ la forma de construcción de la materia. En nuestro caso, cabe revisar críticamente la inscripción del misoprostol como una prostaglandina de uso gástrico, que deja de lado su potencialidad como inductor de contracciones.

En la investigación llevada adelante por G D Searle & Co. el objetivo no era buscar específicamente un protector gástrico o un medicamento abortivo sino la síntesis química de una prostaglandina específica, lo que nos permite identificar dos hechos. Por un lado, el anuncio de que el ensayo número SD-29333 (luego llamado misoprostol) es eficaz para detectar la úlcera péptica –y las condiciones relacionadas a ella– con facilidad, por lo que resulta probable que pueda ser aplicada en su curación y prevención tanto gástrica como duodenal. Por otro lado, la advertencia sobre las contracciones uterinas que dicha droga puede generar y la observación de que, en una posología adecuada, podría ser de gran utilidad en ginecología y obstetricia. Sin embargo, el equipo de investigación imprime sobre el fármaco la siguiente descripción:

El misoprostol, en general, muestra una selectividad mejorada con respecto a los efectos secundarios sobre las [...] prostaglandinas. [...] Sin embargo, un efecto secundario de la prostaglandina que no se ha eliminado es la actividad estimuladora del músculo liso uterino. Aunque la actividad uterotónica no fue observada ni sugerida por investigaciones preclínicas, estudios clínicos recientes han demostrado que el misoprostol puede aumentar la actividad contráctil uterina y puede poner en peligro el embarazo (P. W. Collins, 1990, p. 154).

Ahora bien, cuando Collins (1990) –al frente de la investigación que dio lugar a la creación del misoprostol– afirma que el peligro de esta droga es que genera contracciones uterinas y esto puede complicar el embarazo, da cuenta de cómo se lo nombra y construye como un protector gástrico y no como un inductor de contracciones o abortivo. Por lo tanto, podemos comprender cómo se impone la idea de que su potencialidad como inductor de contracciones es un ‘mal uso’, por lo que las pruebas que se hicieron antes de pedir su aprobación como droga y empezar a comercializarlo bajo el nombre de Cytotec, fueron solo para su uso gástrico.²⁴ El biólogo estadounidense Alan Templeton, publicó en 1998 un comentario sobre el misoprostol en el *British Journal of*

²⁴ Robert (1975) fue quien observó por primera vez que las prostaglandinas generaban un protector de la mucosa y nombró a ese fenómeno como “cytoprotection” (Robert et al., 1979). De ahí que se denomine comercialmente al misoprostol como Cytotec.

Obstetrics and Gynaecology. Allí se sorprendía por el ‘entusiasmo’ que había despertado en obstetras y ginecólogos/as el uso del misoprostol como inductor de contracciones a partir de una búsqueda asociada de los términos “embarazo” y “misoprostol” en MEDLINE (un motor de búsqueda de artículos de investigación biomédica) y sostuvo que:

Cuando la droga llegó ante el Comité Asesor de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos en 1985, un crítico consideró que los efectos gastrointestinales fueron eclipsados por el efecto abortivo de la droga y advirtió de ‘el potencial de mal uso involuntario o deliberado por mujeres embarazadas’ (Templeton, 1998, p. 937).

Al insistir en señalar que las innovaciones tecnológicas no son lineales nos interesa indicar el carácter social e ideológicamente construido que las significa y organiza. En este sentido, más allá de que hoy sabemos que el misoprostol es uno de los métodos más seguros para abortar y un medicamento esencial de la OMS (por esta razón y no por prevenir úlceras pépticas), es fundamental remarcar que el empleo de esta droga para la provocación de abortos es producto de un cierto devenir de su uso, y no de los propósitos perseguidos por las investigaciones que condujeron a su invención química. Por ende, es resultado de la construcción que hicieron del mismo ciertos actores sociales relevantes. En esta línea, enfatizamos el hecho de que, en un principio, este ‘buen uso’ o ‘mal uso’ que menciona Templeton (1998) fue una construcción deliberada de quienes realizaron las primeras pruebas clínicas.

Los textos inaugurales sobre esta droga fueron publicados por el propio equipo de Collins en el laboratorio G D Searle & Co., donde se analizaron los efectos gástricos del recién nombrado SC-29333 (Dajani et al., 1976; Robert et al., 1979). El objetivo era indagar respecto de la posología necesaria para su uso gastroenterológico y realizar los ensayos pre-clínicos que durante los primeros años de la década de 1980 fueron en animales, principalmente sapos, ratas y perros (Bauer, 1985; Larsen et al., 1981; Taylor et al., 1985a, 1985b).

A través del rastreo de las publicaciones científicas internacionales, pudimos saber que en 1982 la nueva prostaglandina sintética que –decían– prometía ser un tratamiento efectivo para la úlcera péptica, pasa a denominarse misoprostol (Akdamar et al., 1982) y que comienzan una serie de ensayos pre-clínicos en seres humanos en el primer quinquenio de 1980, publicados en revistas de gastroenterología (Cohen et al., 1985; Fich

et al., 1985; Fimmel et al., 1984; Hunt et al., 1983; Laudanno et al., 1984; Mazure et al., 1985; O'Keefe et al., 1985). Aunque durante toda la década de 1980 se siguieron realizando estudios respecto de la posología indicada y el uso del misoprostol, para 1985 el mismo fue presentado en la FDA como un agente antiulceroso. En 1986, los médicos del área de investigación clínica y asuntos médicos de América del Norte de GD Searle & Co, publicaron en una de las revistas más prestigiosas sobre temáticas gastroenterológicas, *Digestive Diseases and Sciences*, una investigación que aseguró el efectivo funcionamiento del misoprostol para el tratamiento de úlceras. Allí se afirma respecto de la inducción de contracciones que:

Aunque este efecto no se observó en los estudios de misoprostol en animales, recientemente se realizaron dos estudios en mujeres que estaban en el primer trimestre del embarazo y buscaban un aborto legal. Se administraron dos dosis de 400 mg de misoprostol separadas por 4-5 horas. En un estudio, el misoprostol causó un aumento en la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y la frecuencia de sangrado en comparación con el placebo. En el segundo estudio (en el que no se examinaron los efectos sobre las contracciones uterinas), la administración de misoprostol se asoció con una mayor incidencia de hemorragia uterina, placebo 2/55 (4%), misoprostol, 25/56 (45%); y expulsión parcial o completa del contenido uterino, placebo, 0/55 (0%), misoprostol, 6/56 (11%) (Herting & Nissen, 1986, p. 52).

La publicación de estas consideraciones sobre los impactos constatables del misoprostol en el marco de dichos ensayos permiten observar que se tenía conocimiento de sus efectos abortivos e incluso se realizaron estudios en mujeres embarazadas. Ante esto cabe preguntarse por qué no se imprimió sobre este fármaco un sentido explícito sobre su carácter abortivo siendo desde un principio el 'efecto secundario' de la droga. Aunque el equipo de Collins (1990) recupera aquel estudio de 1986, inscribe a ese efecto en el orden de la contraindicación médica, y afirma: "Como resultado de estos hallazgos, el misoprostol está contraindicado en mujeres embarazadas, o aquellas que desean quedar embarazadas" (P. W. Collins, 1990, p. 166).

Ahora bien, luego de que se registrara el misoprostol como nueva droga en la FDA, en los países donde el aborto era legal comenzaron a realizarse ensayos clínicos donde se lo estudiaba en asociación con la mifepristona, una droga que al ser un antiprogéstágeno (un bloqueador de progesterona) detiene el embarazo y luego, con algunas dosis de misoprostol, se expulsa el saco gestacional del útero. Estas pruebas adquirieron *status* de hecho científico, y sus resultados se publicaron en revistas

internacionales de ciencias médicas como *The Lancet* o *The New England Journal of Medicine* y revistas de amplio reconocimiento en el área de ginecología y obstetricia como *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *Contraception* y *Fertility and Sterility* (Avrech, 1991; David, 1992; Elul et al., 1999; Mahajan & London, 1997; Norman et al., 1991; Peyron et al., 1993; Schaff et al., 1999; Thong & Baird, 1992).

Sin embargo, en América Latina en general y Argentina en particular, el uso del misoprostol casi no estuvo asociado a la mifepristona hasta la segunda década del siglo XXI. En 2021, con la sanción de la ley 27.610 de IVE, se presentó un proyecto para solicitar su aprobación en la ANMAT e impulsar su producción pública para la realización de la práctica farmacológica, que recién fue comunicada a mediados de 2022.

En tal sentido, la construcción de las indicaciones y contraindicaciones del misoprostol en el laboratorio tiene una clara repercusión en la inscripción de la medicación en la FDA y, por ende, en la producción y comercialización del mismo. Tal como veremos más adelante, las mujeres comienzan a utilizar el misoprostol con fines abortivos, ante lo cual los/as ginecólogos/as se sumergen en la búsqueda de posologías adecuadas para la inducción de contracciones en el parto primero, y en los abortos detenidos después. Ahora bien, esto es posible debido, por un lado, a la aprobación del misoprostol para su producción y distribución no solo en EEUU sino también en América Latina, y por el otro, a la falta de controles en su comercialización pese a los intentos de regulación de los diferentes países. Desde que comienza su venta bajo el nombre de Cytotec en 1985, el misoprostol es importado en Latinoamérica y, en el caso argentino, se incorpora como ‘nueva droga’ en 1987.

En uno de sus últimos trabajos sobre gobernanza reproductiva, la antropóloga estadounidense Lynn Morgan (2019) se pregunta sobre la relación entre la aprobación, producción y comercialización del misoprostol en relación a sus usos abortivos. La investigadora indaga sobre la inconsistencia de la falta de regulación de la droga desde los comienzos de su fabricación por parte del laboratorio G D Searle & Co. –luego adquirido por la empresa Pfizer en 2003–, que se evidencia en su emergencia en el mercado latinoamericano como parte del régimen de aborto con medicamentos. Al respecto, sostiene que:

[El misoprostol] se usa solo y fuera de etiqueta en entornos legalmente restrictivos para precipitar el aborto. La Organización Mundial de la Salud considera al misoprostol como un medicamento esencial, y uno se imagina que la droga debe

ser extraordinariamente rentable. Sin embargo, el fabricante no ha solicitado la licencia del medicamento para la salud reproductiva a pesar de la abundante literatura sobre su seguridad y uso efectivo, en parte porque no quiere provocar controversias sobre su papel en la facilitación del aborto [...]. Se procesa a mujeres individuales por usar misoprostol sin supervisión médica, sin embargo, los políticos conservadores que las encerrarían nunca parecen criticar o cuestionar al fabricante del medicamento (Morgan, 2019, p. 115).

Esta cita evidencia aquello que Michel Callon sostiene en relación a las dinámicas de las redes tecno-económicas. En su análisis sobre cómo la creación científica y técnica y la consolidación y difusión de sus resultados surgen de numerosas intervenciones entre diferentes actores, enuncia que “el objeto técnico está siendo continuamente encastrado en varios contextos socio-económicos que constituyen distintas configuraciones posibles de la red” (Callon, 2008, p. 154). En este sentido, las tensiones identificadas por Morgan (2019) nos permiten problematizar que, mientras la droga se utiliza fuera de indicación como método abortivo generando importantes ganancias para la empresa farmacéutica, la falta de regulación al respecto permite liberarla de las responsabilidades políticas que implicarían su uso en el marco de la ilegalidad.

La autora recupera, respecto de la solicitud de aprobación de la medicación solo para uso gastroenterológico, aquello que afirman Weeks, Fiala y Safar en un comentario para la revista *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology* sobre el uso del misoprostol *off-label*.²⁵ En relación a su importancia en contextos donde no hay acceso pleno a servicios de salud sexual y reproductiva, sostienen que

[...]el sistema de licencias actual es inadecuado en una situación en la que el titular de la patente decide no solicitar una indicación porque no existe interés, incluso cuando la droga tendría un gran potencial benéfico para los pacientes (Weeks et al., 2005, p. 271).

La importancia de estas afirmaciones radica en que son realizadas en una de las revistas más importantes de ginecobstetricia a nivel mundial por el médico británico Andrew D. Weeks, y los médicos austríacos Christian Fiala y Peter Safar luego de trabajar como obstetras en África entre 2000 y 2003 sin acceso a prostaglandinas, y de ayudar a introducir el misoprostol en la práctica clínica en Uganda. Es por ello que su análisis sobre la falta de regulación para su uso en ginecología y su crítica a la solicitud de licencias por parte de G D Searle & Co. resultan centrales para problematizar aquella primera

²⁵ Uso no indicado en el prospecto.

inscripción de la medicación dentro del entramado político en relación con la producción, comercialización y regulación de la droga:

Curiosamente, sin embargo, el principal obstáculo para la generalización del uso de este fármaco en obstetricia y ginecología ha sido su fabricante y titular de la patente, Searle (ahora incorporado en Pfizer). La empresa con sede en EEUU no ha solicitado licencias para cualquier indicación de salud reproductiva, a pesar de la abundante literatura sobre su uso seguro y eficaz. La razón es probablemente un esfuerzo para evitar discusiones potencialmente dañinas sobre el uso de la droga para inducir el aborto. El resultado es la denegación del acceso a un tratamiento a millones de mujeres en todo el mundo (Weeks et al., 2005, p. 269).

Mientras Weeks et al. (2005) refieren que Pfizer buscaba no quedar involucrado en las discusiones sobre el uso de la droga como método abortivo, Morgan (2019) recupera el nexo entre la economía y la política para problematizar su inscripción como droga gastroenterológica pese a su comercialización *off-label* como inductor de contracciones para la interrupción de embarazos.

En los próximos capítulos veremos cómo entre fines de la década de 1980 y principios de la década del 2000, el problema de su uso en ginecología mutó de las diversas potencialidades de la droga a la ilegalidad del aborto. En el caso de Argentina, su falta de aprobación aparece como problema en un primer momento en relación a la circulación de la información, las posologías, etc. Luego, los diferentes grupos sociales involucrados con esta droga irán tejiendo redes en pos de conseguir misoprostol. De allí la importancia de explorar las implicancias que tuvo, en el devenir posterior de sus usos, la inscripción del medicamento en el campo primordial de la gastroenterología, y el rol fundamental del laboratorio en este proceso.

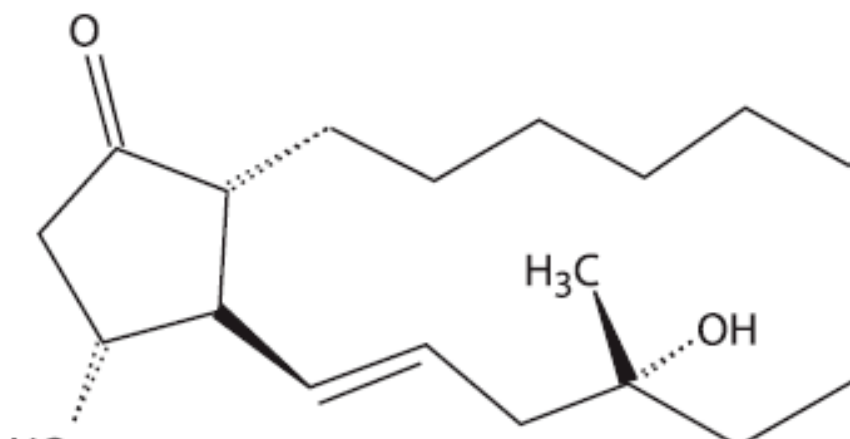
Al respecto, cabe poner en discusión la noción misma de laboratorio. En este capítulo, la hemos utilizado en el sentido clásico del término, pero si atendemos al interés epistemológico de evitar la dicotomía realidad-construcción y asumimos que la relación entre lo biológico y lo social no es estable sino que se articula de manera siempre situada, reversible y conflictiva en prácticas concretas (M'Charek, 2013), es clave indagar el rol estratégico que cumplen los ensayos clínicos en biomedicina, y cómo estos devienen constantemente en poderosos dispositivos de inscripción.

Ahora bien, si en las fases siguientes de construcción del misoprostol como artefacto socio-técnico y tecno-cultural podemos ver cómo la primera inscripción de sus indicaciones se desplaza gradualmente al ámbito de la ginecobstetricia, ¿deberíamos

considerar a los hospitales, las clínicas o los distintos espacios físicos donde se practican abortos con esta droga como laboratorios, en tanto inscriben nuevas formas de comprensión del misoprostol a partir de este uso? Específicamente nos preguntamos por los cuerpos de mujeres gestantes, no solo a partir de la intervención de médicos/as en consultorios o centros de salud desde la década de 1990 en adelante, sino también en el contexto de sus hogares, guiadas por colectivas feministas. Sobre este punto específico en torno a no pensar los laboratorios desde su acepción clásica se detendrán Callon y Rabehariosa al sostener que, como “el conocimiento de laboratorio no puede absorber todas las complejidades del mundo” (2003, p. 202), existen estrategias de diferentes grupos sociales para producir conocimiento técnico por fuera de estos espacios. Para poder comprender la forma en que se organiza la producción de conocimiento es central “aceptar la simetría entre la experiencia en la naturaleza [por parte de grupos humanos no científicos] y la experiencia en el laboratorio” (2003, p. 202).

En el caso de la presente investigación, interrogarnos por estos nuevos ‘laboratorios’ que construyen significados del misoprostol como inductor de contracciones, es también poner en discusión cómo opera el artefacto en tanto dispositivo de inscripción social, cultural e ideológica. Es decir, indagar la construcción de sentido de los actores no-humanos y explorar cómo el misoprostol puede investirse de múltiples significados: una droga, una solución, una reivindicación feminista, un terreno de disputa, una herramienta de intervención, un protector gástrico, una consigna política respecto de la autonomía del cuerpo, etcétera. En este marco, resulta fundamental relevar y especificar los actores y condiciones (tecnológicas, económicas, políticas, culturales) que, en cada momento, participaron de la construcción social y cultural del misoprostol como droga abortiva.

CAPÍTULO 3: Las contraindicaciones se vuelven indicaciones



Cuando conocimos el misoprostol ni se mencionaba el aborto. No existía el debate por educación de familia, pero siempre acepté y apoyé la legalización del aborto, aunque había muchísimo temor a la estigmatización. Condenamos siempre el aborto clandestino, sobre todo por parte de los médicos que cobraban. Hemos visto las barbaridades de la muerte por abortos provocados. Había métodos que no conocíamos incluso. Uno conocía el perejil, la aguja de tejer, pero había cosas raras...

De todos modos, empezamos a utilizar el misoprostol, por ejemplo, en fetos muertos detenidos de siete meses de embarazo, de 20 semanas. Usarlo en cinco o siete meses era espectacular porque servía para evacuar un útero de un feto muerto o de un aborto incompleto grande. Antes, venía una mujer con 20 semanas de gestación, la metías en el quirófano, hacíamos un legrado y chau, pero con el misoprostol empezamos a observar que era genial. No importaba la dosis porque ahí la vida del feto no importaba. Por lo menos esa es mi experiencia con el misoprostol.

Para esa altura [la década de 1990], ya se sabía que las prostaglandinas, sobre todo la prostaglandina E2, era útero retractora. Eso se sabía. Paulatinamente yo empecé a razonar que se podía usar para hacer abortos. Aunque no se sabía en qué dosis, razonábamos que, como con la oxitocina hay mayores receptores cuanto más grande es el embarazo, si vos querés retraer o evacuar un útero chiquito, de pocas semanas de gestación, tenés que usar mucha más oxitocina que cuando está a término. Razonabas que con la prostaglandina pasaba lo mismo, pero era una deducción. Entonces decíamos: 'para evacuar un útero chico habrá que usar más dosis que para inducir un parto a término'; pero eso lo fuimos razonando.

Relato construido a partir del testimonio de una ginecóloga.

Patagonia argentina, 2019.

La segunda fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol comprende desde su incorporación como nueva droga en Argentina, en 1987, hasta fines de la década de 1990. En este período nos interesa analizar cómo, en palabras de la antropóloga Debora Diniz y el médico ginecólogo Alberto Madeiro, el “Cytotec extrapoló el campo biomédico y se incorporó al universo del conocimiento y las prácticas de aborto de las mujeres” (2012, p. 1796). En esta clave, la ANMAT, mediante la disposición 3646/98, estableció la comercialización del misoprostol en combinación con el diclofenac bajo la condición de venta bajo receta archivada en 1998. Esta decisión tuvo que ver con los usos ‘no autorizados’ de la medicación. Según el Departamento de Farmacovigilancia del organismo, el misoprostol se utilizaba de manera indebida y, por lo tanto, varios profesionales habían comunicado su “preocupación por la utilización del misoprostol sin indicación médica con fin abortivo, ya sea por vía oral o vaginal” (Disposición ANMAT N° 3646/98).

En la disposición mencionada, las fuentes científicas consultadas por el organismo fueron la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA), la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) y la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), las cuales consideraron que la droga necesitaba un uso y aplicación controlados con exigencia de información clara acerca de los riesgos. En virtud de ello, la normativa sostuvo que se “torna necesaria la adopción de medidas adecuadas para la prevención y protección de la salud de la población, unificando en forma rigurosa la condición de expendio de los productos que contienen misoprostol, como así también la inclusión de información adicional en los textos de los prospectos de los productos ya autorizados”. Esta información adicional tenía que ver con los efectos adversos, y una “nota especial para las mujeres” que se instaba a ser incluida en el prospecto de la medicación.²⁶

²⁶ Ver Anexo 1 al final del documento.

ADVERTENCIA - NOTA ESPECIAL PARA LAS MUJERES

Este medicamento puede inducir la interrupción del embarazo, por lo tanto, si Ud. esta embarazada no lo debe usar.

Las interrupciones en el embarazo causadas por el Misoprostol pueden ser incompletas. Esta situación puede tener serias complicaciones médicas llegando a requerir hospitalización y cirugía, cuya consecuencia podría ser la infertilidad.

Si Ud. cree que está embarazada no tome Misoprostol. Debe evitar el embarazo mientras está tomando Misoprostol, esto significa que debe estar bajo una forma eficaz de control de la natalidad. Si Ud. Esta tomando Misoprostol y se embaraza, deje de tomar el medicamento y consulte a su médico.

2 ANMAT - Disposición 3646/98

Como ya hemos mencionado, cada una de las fases de esta trayectoria están construidas a partir de un problema socio-técnico y tecno-cultural. Aquí, podemos observar cómo la contraindicación de un fármaco –establecida por los laboratorios que lo crearon, la FDA en EEUU y la ANMAT en Argentina– se transforma en una indicación, a partir de la experimentación con posologías y del uso desafiante al ‘no recomendado’, por parte de algunos/as profesionales de la salud y de las propias mujeres. Nuestro recorte estará centrado en aquellos grupos sociales que, con base en Argentina y Brasil durante el período acotado para esta fase, transformaron la contraindicación del misoprostol –es decir, su uso como inductor de contracciones– en una indicación en ese exacto sentido, con fines abortivos. Se trata específicamente de los/as farmacéuticos/as, los/as profesionales de la salud y las mujeres que comenzaron a usar el misoprostol para abortar. En dicho recorte dejamos fuera, por ende, la exploración del papel de otros grupos sociales que pudieron ser relevantes en el campo de la gastroenterología.

En un primer momento trabajaremos con las mujeres como actor nodal y describiremos los modos en que se entranan con los/as farmacéuticos/as, en su búsqueda de información y medicación, y luego abordaremos el rol de los/as ginecólogos/as. Los lazos y distinciones entre estos grupos tienen que ver con que las mujeres (inicialmente, las brasileñas) empiezan a utilizar el misoprostol con fines abortivos y que, paralelamente, los/as farmacéuticos/as comienzan a vender el misoprostol, en la ilegalidad, con el mismo fin. En cambio, los/as ginecólogos/as inician el uso del misoprostol para inducir contracciones en el parto o en los casos de huevo muerto y retenido (HMYR), y recién en la tercera fase inician su empleo en abortos.

Mujeres, farmacéuticos/as y el ‘mal uso’ del misoprostol

En el caso del misoprostol, fueron las mujeres las primeras en construir su indicación abortiva. Como vimos en el capítulo anterior, antes de que se registrara como nueva droga en EEUU, los ensayos pre-clínicos solo se hicieron en función de sus efectos gastroenterológicos, dejando inicialmente la inducción de contracciones como efecto secundario y, luego, como ‘mal uso’ o ‘uso indebido’. En este apartado, indagaremos sobre las experiencias de aquellas mujeres que comenzaron a probar el uso abortivo del misoprostol en Brasil. Lo haremos a través de las narraciones sobre ellas realizadas en revistas científicas porque esto nos permite no solo aventurar cuándo y dónde se tramaron esas nuevas relaciones con la droga, sino también cómo esas acciones fueron centrales para legitimar la inscripción de la contraindicación como indicación.

Dos de ellas fueron publicadas en *The Lancet*, una revista científica ampliamente reconocida en el área de la medicina fundada en 1823. La primera pesquisa fue realizada en co-autoría por Sarah Costa y Martin Vessey (1993) en siete hospitales públicos de Río de Janeiro. En ese momento, Sarah Costa formaba parte del Departamento de Epidemiología y Métodos Cuantitativos de la Escuela Nacional de Salud Pública en Río de Janeiro, Brasil, y Martin Vessey del Departamento de Salud Pública y Atención Primaria en la Universidad de Oxford del Reino Unido. Dicha investigación fue ampliamente reconocida por lograr establecer los “determinantes y consecuencias del aborto inducido entre 803 mujeres admitidas con complicaciones de aborto en hospitales de Río de Janeiro, Brasil” (Costa & Vessey, 1993, p. 1258). En este estudio concluyeron en la importancia del misoprostol como método abortivo entre las mujeres estudiadas, por lo que se transformó en uno de los artículos más citados para referirse a ese período. No solo fue referenciado por algunas de las médicas entrevistadas en esta investigación, sino que forma parte de la bibliografía consultada como referencia central sobre el uso del misoprostol en Brasil en la primera guía sobre aborto seguro de la OMS.

La segunda pesquisa, publicada en el mismo número de la revista *The Lancet*, fue una investigación dirigida por Helena Coêlo (1993). La misma fue realizada por dicha profesora brasileña de la Universidad Federal de Ceará junto con un equipo formado por el grupo de prevención del uso indebido de medicamentos del Departamento de Farmacia de la misma universidad; el Instituto de Investigaciones Farmacológicas Mario Negri de Italia; el Instituto de Biometría y Estadísticas Médicas de la Universidad de Milán y el

Centro Cochrane de Oxford, Reino Unido. Esta investigación se realizó a partir de los registros de admisión de mujeres en el principal hospital obstétrico de Fortaleza, capital del Estado de Ceará, entre enero de 1990 y julio de 1992.

Otros dos artículos centrales para el análisis de las experiencias abortivas de las mujeres brasileñas en esta década fueron publicados por Margareth Martha Arilha Silva –Licenciada en Psicología, en Educación y en Psicoanálisis, Doctora en Salud Pública– y Regina María Barbosa –Licenciada en Medicina y Doctora en Salud Colectiva– en base a grupos focales y entrevistas a mujeres que se realizaron abortos con misoprostol (Arilha & Barbosa, 1993; Barbosa & Arilha, 1993). Las investigaciones fueron publicadas en dos revistas con un gran reconocimiento internacional dentro de los estudios académicos feministas: *Reproductive Health Matters* –que explora temáticas del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos– y *Estudos Feministas* –una publicación periódica cuyo objetivo es la divulgación de textos originales sobre género, feminismos y sexualidades–.

Tres años después se publicó en *Advances in Contraception* –revista oficial de la Sociedad para el Avance de la Anticoncepción cuya especialización era la investigación reproductiva hasta que fue discontinuada en 1999–, una pesquisa realizada por cuatro profesionales de la salud de diferentes departamentos de Brasil: Anibal Faúndes, Luiz Carlos Santos, Mary de Assis Carvalho y Christophe Gras (1996). Los investigadores, tomando como punto de partida las investigaciones mencionadas anteriormente y el aumento del uso de misoprostol entre las mujeres que se sometían a abortos clandestinos, evaluaron “si existe una asociación entre el uso de misoprostol y la incidencia de complicaciones sépticas postaborto” (Faúndes et al., 1996, p. 1).

Además de estas cinco investigaciones pioneras en el caso de estudio, nos interesa incluir un estudio realizado por Bruno Gil de Carvalho Lima, médico brasileiro y Doctor en Salud Pública, donde analiza las tasas de mortalidad debido a causas relacionadas por aborto de 1980 a 1999 (2000). Allí afirma que, pese al grado de subregistro del banco de datos sobre mortalidad del Sistema Único de Salud de Brasil, hay una reducción en la cifra de mortalidad materna por aborto para el período analizado y, aventura, se debe a que el misoprostol cobra protagonismo en las prácticas de las mujeres brasileñas. Según el investigador, esto sucedió porque:

Este método químico, basado en la estimulación uterina por análogos de prostaglandinas, inicialmente desarrollado para el tratamiento de la enfermedad dis péptica, también puede haber contribuido a la caída en la mortalidad, ya que es menos dañino y potencialmente menos peligroso, al tener un menor riesgo de infección, perforación de órganos y hemorragia que los métodos mecánicos predominantemente usados hasta hace poco (Lima, 2000, p. 170).

Para mediados de la década de 1990, en Brasil, el aborto era ilegal excepto casos de violación. Por ese motivo, tanto en ese momento como en la actualidad, es complejo precisar la cantidad de abortos inducidos, ya que la mayoría se realizaron y siguen ocurriendo en el contexto de la ilegalidad. De todos modos, se estimaba que en esa década eran entre 1 y 4 millones de abortos por año (Arihla & Barbosa, 1993), cálculo que se realizó en base a los ingresos hospitalarios. Hasta la incorporación del Cytotec:

En Brasil como en todas partes del mundo, las mujeres han realizado abortos utilizando una cantidad de recursos, como la introducción en el útero de sondas o agujas de tejer, o mediante la ingestión de tés y hierbas. A menudo, el sangrado uterino es causado con la ayuda de estas técnicas como estrategia para lograr el ingreso hospitalario, donde terminará el aborto (Barbosa & Arihla, 1993, p. 409).

En 1986 se introduce en Brasil el misoprostol producido por G D Searle & Co., comercializado en un primer momento por el mismo fabricante, y luego por un laboratorio nacional, bajo un formato de “venta libre” en 28 comprimidos de 200mg cada uno. Entre mediados de 1988 y enero de 1990, diferentes grupos acusaron al Ministerio de Salud del país vecino por la falta de control sobre los medicamentos debido a su uso abortivo e instaron al Gobierno a que lo retirara del mercado. Sin embargo, en 1991, el Ministerio de Salud define su venta con receta archivada. A partir de un acuerdo entre este ministerio y la farmacéutica que lo comercializaba –que para ese entonces ya era estatal– a fin de reducir la disponibilidad de la droga, se observa un descenso en las ventas (Faundés et al., 1996). Al respecto, Arihla y Barbosa (1993) sostienen que:

La experiencia con Cytotec en Brasil señala las contradicciones de la situación ilegal del aborto en el país. Sin embargo, cuando el Cytotec se convirtió en un problema público, en lugar de enfrentar los problemas apremiantes que enfrentan las mujeres, el Ministerio de Salud de Brasil y varias autoridades del gobierno estatal tomaron medidas para evitar que las mujeres obtengan este medicamento, con la esperanza de evitar una participación más profunda en estos problemas (Arihla & Barbosa, 1993, p. 41).

Como podemos observar a partir de estas discusiones, a principios de la década de 1990 las mujeres ya utilizaban en Brasil el misoprostol para abortar (Faundés et al.,

1996; Fonseca et al., 1998). Sin embargo, en la investigación realizada por Faundés y su equipo (1996), afirman que:

La mayor incidencia de infección encontrada, en nuestros datos, entre las mujeres que informaron haber tenido un aborto espontáneo y las mujeres que usaron misoprostol para interrumpir el embarazo debe interpretarse con precaución. Puede ser el resultado de contaminación del primer grupo, en el que algunas mujeres pueden haber inducido el aborto, por medios invasivos, sin denunciarlo como tal en el momento del ingreso al hospital (Faundés et al., 1996, p. 6).

Teniendo en cuenta estos debates cabe preguntarse cómo conocieron estas mujeres la existencia del misoprostol, por qué elegían Cytotec para la interrupción de sus embarazos; cómo lo conseguían y, finalmente, cómo usaban concretamente esta medicación.

De acuerdo con el conjunto de investigaciones mencionadas, para 1990 las mujeres brasileñas no solo conocían el Cytotec, sino que lo utilizaban específicamente con fines abortivos. Mientras que el trabajo de Costa y Vessey (1993), basado en el análisis de 803 historias clínicas de siete hospitales públicos de Río de Janeiro de mujeres que llegaron con un aborto incompleto, sostiene que cerca del 70% de ellas usó misoprostol para inducirlo, respecto de las formas en que circulaba la información sobre este efecto de la droga y su accesibilidad, Barbosa y Arilha señalan que:

En general, se puede afirmar que en 1991 el Cytotec era conocido como abortivo en prácticamente todo Brasil, y no es posible identificar solo una fuente responsable del proceso de difusión del uso de Cytotec entre las mujeres brasileñas que querían abortar. Las farmacias, los médicos, el laboratorio, las propias mujeres y los medios impresos y televisivos formaron parte de una gran cadena que creció en un proceso de complementariedad (1993, p. 414).

Como se advierte, no era posible identificar una única fuente, ya que los/as médicos/as, las farmacias y las mujeres eran parte de una gran red que fue creciendo con el paso del tiempo (Arilha & Barbosa, 1993). En la misma línea, Costa y Vessey (1993) sostienen que:

La mayoría de las 458 usuarias de misoprostol (84%) habían aprendido sobre la droga de amigos, familiares o colegas; una pequeña proporción (10%) se enteró directamente del farmacéutico. El 70% de las mujeres obtuvieron el medicamento de una farmacia y casi la mitad de ellas recibieron consejos sobre cómo usarlo (Costa & Vessey, 1993, p. 1259).

A partir de estas experiencias narradas en las investigaciones podemos identificar dos dinámicas simultáneas. Por un lado, el entramado de lazos de articulación y complicidad entre las mujeres y los/as trabajadores/as de la farmacia, quienes les proporcionaban ‘consejos’ sobre la medicación al momento de realizar la venta. Por otro lado, la constatación del uso generalizado del misoprostol por parte de las mujeres para interrumpir sus embarazos, aunque solo sea en base al registro de abortos medicamentosos de los hospitales relevados. No es posible, entonces, ponderar el impacto global del uso del misoprostol como droga abortiva entre las mujeres de Brasil en esa época, ni conocer, por ende, qué proporción representaban del total las que debieron ser hospitalizadas por casos de aborto incompleto. Sin embargo, resulta igualmente pertinente interrogarse tanto por las circunstancias que rodeaban a la práctica del aborto medicamentoso de aquellas mujeres, como por las eventuales estrategias que desplegaban a partir de la utilización de la droga. Al respecto: ¿una parte de las mujeres que inducían sus abortos con misoprostol resultaba hospitalizada debido a complicaciones o algunas de ellas utilizaban el misoprostol como una estrategia para llegar al hospital con un aborto en curso y de esa manera recibir atención médica, siendo que el contexto general era de ilegalidad? ¿O ambas cosas pudieron darse de manera concomitante? Y, además, ¿por qué y cómo hacían uso del misoprostol para abortar?

Uno de los primeros motivos por los cuales las mujeres elegían utilizar misoprostol era su precio accesible respecto de otros métodos de interrupción del embarazo, significativamente más oneroso. Arilha y Barbosa (1993; 1993) sostienen, incluso, que este factor fue determinante. A modo de comparación, podemos observar que, en Río de Janeiro, “el costo de los métodos de aborto varió ampliamente. El misoprostol (costo promedio US\$ 6) fue mucho más barato que las clínicas clandestinas (US\$ 144) o la inserción del catéter (US\$ 42)” (Costa & Vessey, 1993, p. 1259). Como se evidencia en la cita, el misoprostol era 20 veces más económico que otros métodos. Aunque el precio no fue el único factor, tanto Arilha y Barbosa (1993; 1993) como Costa y Vessey (1993) sostienen que “la elección del método no estuvo relacionada con la edad, la paridad, el estado educativo o el ingreso familiar” (1993, p. 1259). Por lo tanto, nos interesa analizar otros motivos que organizan las prácticas de las mujeres. Según las historias clínicas analizadas por Costa & Vessey (1993):

El 28% dijo que eligió el misoprostol porque fue el método más accesible, 14% porque era más seguro que otros métodos, y 13% porque era más barato. Para el

25% de las mujeres, el misoprostol fue el único método conocido. El 11% había usado la droga como abortivo previamente (Costa & Vessey, 1993, p. 1259).

Por su parte, Barbosa y Arilha (1993) señalan la existencia de otras motivaciones interrelacionadas. Sostienen que el Cytotec representa una facilidad al momento de tomar la decisión sobre la práctica, especialmente en mujeres jóvenes. Las mujeres menores a 20 años “no tenían el coraje de ir a una clínica para abortar” (Barbosa & Arilha, 1993, p. 415) y por lo tanto:

Para este grupo de mujeres jóvenes, el Cytotec permitió que el aborto ocurriera sin haber sido racionalmente planificado. El medicamento es comprado u obtenido, a menudo, por familiares o amigos, sin que se tome una decisión previa. A partir de entonces, funciona como si fuera una decisión en este momento, en la que se ingiere el medicamento, permitiendo la realización del aborto en un contexto de ambigüedad (Barbosa & Arilha, 1993, p. 415).

En relación con la toma de decisiones, las autoras proponen que el uso del misoprostol facilitó el proceso del aborto ya que les permitió hacerlo en privacidad, con una menor y menos traumática intervención sobre el cuerpo (Barbosa & Arilha, 1993).

El último punto se entrama con la seguridad del método. Así como la facilidad de tomar la decisión reunió sobre todo a mujeres jóvenes, la idea de la seguridad del método aglutinó a aquellas de los estratos socioeconómicos más humildes, que comparaban el uso del misoprostol con situaciones de aborto muy precarias, como la introducción de objetos o sustancias en el útero (Barbosa & Arilha, 1993).

Con todo, la enumeración de estas ventajas respecto de otros métodos también tuvo su contracara negativa en el relato de las experiencias, por el dolor y la necesidad de atención hospitalaria en los casos en que fue necesario realizar un legrado. Las autoras sostienen que:

Llamó la atención la poca información que las mujeres entrevistadas tenían para manipular el proceso posterior a la toma de la droga. Independientemente de la clase social, básicamente sabían cómo habían tomado el medicamento, pero no tenían información sobre la cantidad máxima de píldoras que podían usarse o el tiempo necesario para comenzar y completar el aborto o en qué situaciones deberían buscar ayuda. El medicamento se toma por la noche, sin que nadie lo sepa y la ayuda de otras personas solo es solicitada en situaciones de dolor extremo

o sangrado. En este contexto, la privacidad termina convirtiéndose en soledad (Barbosa & Arilha, 1993, pp. 415-416).

Este fragmento resulta trascendental, ya que da cuenta de cómo las malas experiencias pueden asociarse a la forma de uso del misoprostol, lo que pone en primer plano la relevancia de la posología y, de manera central, las formas concretas de utilización de este medicamento por parte de las mujeres, pese a la falta de información.

Como se lee en la última cita de Barbosa & Arilha (1993), en la mayoría de los casos, las mujeres no sabían cómo se usaba el misoprostol. Por eso, las primeras investigaciones que se realizan en Brasil no son ensayos clínicos sobre cómo se podría emplear el misoprostol para abortar, sino que son análisis de casos a partir de cómo las mujeres lo usaron y, por algún motivo, tuvieron que recurrir al hospital. Estos textos, aunque dan cuenta de las complejidades del acceso a la información sobre su uso en el marco de la ilegalidad, también nos permiten observar la relevancia de misoprostol como un fármaco abortivo en la población brasilera. En este sentido, lo primero que llama la atención es la discrepancia en sus formas de utilización. Según Arilha y Barbosa (1993) esto sucede porque:

La mayoría de ellas había escuchado sobre el Cytotec por sus amigas. Debido a que el Cytotec se usa clandestinamente, se ha difundido poca información confiable al respecto y las mujeres lo han administrado de diversas maneras. Lo tomaron por vía oral o lo introdujeron por vía vaginal, o combinaron el uso oral y vaginal para mejorar su efectividad. Intravaginalmente, insertaron comprimidos enteros o los trituraron en una crema ginecológica e insertaron la mezcla (Arilha & Barbosa, 1993, p. 45).

Por su parte, en el artículo científico de Costa y Vessey (1993) no se señalan diferencias significativas con respecto al uso según la edad gestacional, pero se observa que en la mayoría de los casos (241 que representa el 74% de los cuales tienen registrado este dato) las mujeres utilizaron el misoprostol antes de las 16 semanas de embarazo. De la misma manera, en el trabajo de Coêlo et al. (1993) se indica que el 90% de los casos (339) tenía una edad gestacional menor o igual a 12 semanas. Incluso el 44% (177) tenían 4 semanas o menos de gestación. Solo 7 mujeres tuvieron una evacuación uterina entre las 19 y las 27 semanas.

Este conjunto de textos –el de Costa y Vessey (1993), el de Coêlo et al. (1993) y las dos investigaciones realizadas en Fortaleza y Recife citadas por Barbosa y Arilha (1993; 1993)–, analizan las diferentes formas en que las mujeres utilizaron el Cytotec.

Las mujeres informaron haber tomado dosis de entre 200 y 16800 mg, la dosis media fue de 800 mg [...]. La dosis media fue menor entre el 6% de las mujeres que administraron el medicamento exclusivamente por vía intravaginal que entre el 65% que lo tomaron por vía oral o el 29% que usaron ambas rutas (500 mg, 800 mg y 1000 mg, respectivamente) (Costa & Vessey, 1993, p. 1259).

La dosis de misoprostol varió de 200 a 9400 mg (1-47 comprimidos). El 68% de las mujeres tomaron 800 mg, aunque 14 mujeres usaron 10-20 comprimidos y una tomó 47 comprimidos. El 68% de las mujeres tomaron los comprimidos simultáneamente por vía oral e intravaginal, la mayoría en cantidades iguales (Coêlo et al., 1993, p. 1262).

En cuanto a las dosis utilizadas, la investigación realizada en Recife y en Fortaleza encontró grandes diferencias, que variaron en promedio de 4 a 16 píldoras. Aunque existe una marcada preferencia por la dosis de 4 comprimidos, 2 por vía oral y 2 por vía vaginal, ya se han informado cantidades de hasta 60 comprimidos (Barbosa & Arilha, 1993, pp. 414-415).

Como se advierte, los estudios dan cuenta de la amplitud de usos que las mujeres le daban al misoprostol, siendo compartido en todos los casos el conocimiento de que el Cytotec se podía utilizar para abortar. Esto permite pensar que las mujeres fueron las primeras que tomaron aquello que los/as científicos/as inventores/as del misoprostol habían llamado ‘efecto secundario’, como su uso principal. Sin embargo, y paralelamente, el hecho de que los ensayos clínicos solo se hubieran desarrollado en relación a sus efectos gastroenterológicos o en combinación con la mifepristona en los contextos de legalidad, trajo como consecuencia la falta de un método claro para utilizar el misoprostol como abortivo.

En este sentido, estas investigaciones dan cuenta de lo disímiles que son las experiencias de estas mujeres en relación al sangrado –que era la forma que tenían en esa época y en ese marco para saber que el aborto se había producido–. El trabajo de Costa y Vessey (1993) sostiene que:

231 (52%) mujeres informaron que el sangrado comenzó dentro de las 12 hs de haber tomado el medicamento y 57 (13%) informaron un intervalo de 12-24 hs. 90 (19%) esperaron entre 2 y 10 días, pero un número sustancial (78 [16%]) esperó más de 10 días y 5 mujeres esperaron más de un mes, aunque la mayoría había tenido calambres uterinos poco después de tomar el medicamento. La proporción

que informa el inicio del sangrado dentro de las 12 hs aumentó con la edad gestacional. Una mayor proporción del grupo usó el fármaco tanto por vía oral como vaginal. Entre las que informaron administración oral exclusiva tuvieron sangrado en 12 hs. Esto fue cierto para todos los grupos de edad gestacional (Costa & Vessey, 1993, pp. 1259-1260).

Ahora bien, aunque al momento de analizar estos datos tenemos en cuenta que todas las mujeres a las que refieren las investigaciones tuvieron que acudir al hospital, la mayoría no necesitaron intervenciones con mayor complejidad que un legrado por tratarse de un aborto incompleto. Sin embargo, también es importante mencionar que en su mayoría transitaban el primer trimestre del embarazo. En el caso de las mujeres que utilizaron misoprostol en el segundo trimestre, una de las entrevistas que realizaron Arilha y Barbosa (1993) mostró que:

Como el medicamento está activo durante los nueve meses de gestación, se ha usado en etapas posteriores con resultados a veces dramáticos. Una de las mujeres que entrevistamos informó que tomó 64 comprimidos durante un período de cuatro meses. Cuando su menstruación se retrasó por primera vez, esta mujer tomó 30 comprimidos y tuvo un sangrado abundante. Pensando que ya no estaba embarazada, comenzó a tomar anticonceptivos orales. Luego comenzó a pensar que estaba embarazada nuevamente, y comenzó a tomar Cytotec nuevamente hasta que finalmente abortó en la casa. Ella tenía alrededor de 16 semanas de embarazo en ese momento (Arilha & Barbosa, 1993, p. 46).

Este relato nos muestra, por un lado, la falta de información respecto del uso del Cytotec y, por otro lado, cómo las mujeres van interpretando su propio cuerpo y lo que entienden que les está sucediendo con el uso de la medicación en relación a lo que ellas mismas creen que debería sucederles. De allí la relevancia de observar detenidamente los diferentes usos que le dan al Cytotec. Mientras algunas usan pocas pastillas, otras utilizan toda la caja de comprimidos tal cual se vende en las farmacias. Y aquí entra en escena otro actor clave que mencionamos para esta fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol: el/a trabajador/a de la farmacia.

Para indagar en la relevancia que adquieren los/as farmacéuticos/as, necesitamos recurrir a las investigaciones antropológicas realizadas en Brasil. El estudio sobre biomedicalización del aborto (2016) realizado por la antropóloga Silvia de Zordo, de la Universidad Autónoma de Barcelona, da cuenta que el mercado “negro” que se genera a partir de la venta informal del misoprostol tiene dos problemas principales: la falta de calidad confiable y su precio. En paralelo, los/as trabajadores/as de la farmacia juegan un

papel clave en la dinámica de accesibilidad en la circulación de la droga y las indicaciones sobre el uso de la medicación.

Los registros analizados por Faúndes et al. (1996), Arilha y Barbosa (1993; 1993) y Costa y Vessey (1993) permiten identificar que las mujeres obtenían información sobre el uso a través de distintas fuentes: de familiares, de otras mujeres que lo utilizaron o de la persona que les vendía la medicación. El problema es que la información que brindan inicialmente los/as farmacéuticos/as no está basada en evidencia y circula de la misma forma que las experiencias de las mujeres: de manera informal y asistemática. Una investigación realizada durante la década de 1990 sostiene que:

Uno de los factores que contribuye a la dificultad de medir la efectividad y la seguridad del misoprostol es que las mujeres compran el medicamento sin receta y reciben direcciones muy dispares en cuanto a la cantidad, el momento y la ruta por la cual la droga debe administrarse (Faundés et al., 1996, p. 7).

De esta manera, podemos observar cómo este grupo social relevante se une a la trama de significados sobre el artefacto, al construir diferentes posologías en relación al misoprostol, que circulan luego entre las mujeres. Sobre todo, si tenemos en cuenta que muchos de los trabajos sobre el artefacto se realizaron a partir de investigaciones de corte epidemiológico sobre la base de las mujeres que tuvieron que acercarse al hospital.

Ahora bien, aunque sea imposible establecer la primera posología asociada al uso del misoprostol para la realización de abortos de forma ambulatoria, los diversos trabajos revisados para esta tesis permiten confirmar el carácter pionero, en el contexto de América Latina, de las mujeres brasileñas en la utilización de este medicamento en pos de interrumpir sus embarazos, aún en el marco de la ilegalidad asociada a esta práctica.

En el contexto brasileño del aborto ilegal, el uso de Cytotec terminó convirtiéndose en una opción real para las mujeres, que vieron en este tipo de inducción del aborto, una forma de escapar de los riesgos sociales y económicos originado por su ilegalidad [...]. Por lo tanto, la experiencia brasileña con Cytotec refleja, al mismo tiempo, las contradicciones causadas por la situación de ilegalidad del aborto en el país, así como las estrategias que han sido utilizadas por diversos sectores de la sociedad para ocultar la urgencia de su discusión (Barbosa & Arilha, 1993, p. 417).

Mientras se realizaban estas investigaciones en el escenario brasileiro, los/as profesionales de la salud en Argentina comenzaban a problematizar su utilidad como inductor de contracciones, pero no con un fin abortivo sino, en menores dosis, para

producir contracciones durante el trabajo de parto o en la expulsión de un embarazo retenido. En el próximo apartado daremos cuenta la crucial actoría de los/as ginecólogos/as.

El rol de la ginecobstetricia

Tal como atestiguan distintos trabajos investigativos de la época para el caso de Brasil, analizados más arriba, durante la década de 1990 las mujeres y los/as farmacéuticos/as de ese país hacían uso y/o sugerían al misoprostol para abortar. Por entonces, en Argentina, quienes comenzaban a utilizar la medicación eran los/as médicos/as que, en búsqueda de sus efectos como inductores contráctiles, aún tenían un largo camino a sus usos abortivos. Con el fin de problematizar cómo fueron construidas las indicaciones y las contraindicaciones del misoprostol, ya hemos mencionado la necesidad de tomar distancia de aquellas visiones que, desde una mirada clásica de la construcción tecnológica, no brindan herramientas para indagar qué sucede por fuera de la linealidad. En la medida en que aquí nos preguntamos, también y prioritariamente, por la dimensión socio-técnica y tecno-cultural de dicha construcción, en este apartado revisaremos el rol jugado por la ginecobstetricia en estos procesos. De allí que resulte pertinente problematizar el misoprostol no solo en términos tecnológicos, sino también a partir de construcción de los hechos científicos. Y esto porque no todas las decisiones médicas están basadas en evidencia empírica, ni todo lo que sucede en la práctica clínica está avalado por ensayos médicos.

Precedentemente hemos explicado cómo fue la construcción en el laboratorio de las indicaciones y contraindicaciones del fármaco. Estas nociones repercuten directamente en la concepción de la medicación por parte de los/as ginecólogos/as que comienzan a utilizarlo en la práctica clínica desde fines de la década de 1980.

El misoprostol es un protector gástrico. Es una prostaglandina que es protector gástrico. G2.

Ahora, cómo se enteraron que un protector gástrico era inductor del parto, no sé [...]. Me acuerdo que la cajita decía que antes de empezar el tratamiento con misoprostol para úlceras vos tenías que hacerle, si era una mujer, un test de embarazo. G3.

[Compañeras que habían estado en un congreso internacional] empezaban a contar que las brasileñas estaban usando una prostaglandina que era mucho más fácil de usar. Que se usaba para la protección gástrica [...] Y pocos meses después supimos que ya había una droga en la Argentina que...o sea, todos ya empezamos a saber que se llamaba Cytotec. G1.

En estos fragmentos de entrevistas, realizadas especialmente para esta tesis doctoral, puede advertirse cómo la construcción hecha hace tres décadas por los científicos del laboratorio G D Searle & Co. sobre el uso del misoprostol, que se estableció como indicación por la FDA, caló hondo en los discursos del personal médico en Argentina y perdura hasta la actualidad. Este punto es fundamental ya que, aunque las entrevistas fueron realizadas entre 2019 y 2020, momento en el cual el misoprostol ya se conocía en todo el mundo como un fármaco abortivo, los/as ginecólogos/as consultados/as siguen sosteniendo que es un protector gástrico que ‘además’ se puede usar para abortar. Esto señala la pregnancia de la dimensión sociocultural del artefacto toda vez que, si bien se fueron modificando los significados construidos alrededor de la medicación, quedó inalterada, en la comunidad de médicos/as relevados/as, la vinculación inmediata de esta droga con su función gastroenterológica.

A su vez, en estas citas empiezan a emerger algunas cuestiones que nos interesa profundizar. Puntualmente, las diferentes aristas que adquiere el relato respecto de cómo se comienza a conocer el misoprostol en Argentina. Por un lado, indagamos el recorrido de las mujeres del nordeste brasileño cuyas experiencias llegan a nuestro país a través de militantes feministas, excepto una entrevistada que mencionó el texto de Costa y Vessey (1993) al que hemos hecho referencia en el apartado anterior, como su fuente de contacto con la droga en situaciones de aborto.

Por otro lado, también comienzan a conocerse relatos de algunas mujeres que utilizaban el misoprostol, no con el fin de realizarse un aborto específicamente, sino con el objetivo de generar un sangrado (o un principio de aborto) que funcionara como puerta de ingreso a los hospitales. Una ginecóloga feminista argentina entrevistada relata cómo impactó en su práctica clínica la emergencia del misoprostol: “Incluso se empezó a popularizar, la gente ya sabía que existía y empezamos a recibir chicas con aborto en curso no infectadas y después te confesaban que habían ido a la farmacia, habían comprado y se habían puesto.” G2.

Por último, otra de las vías de difusión del misoprostol se observa en residentes de ginecología y obstetricia que llevaban desde Buenos Aires la noticia de los posibles usos del misoprostol a todo el país, en el marco de sus rotaciones libres.

[Los/as residentes] en Buenos Aires sabían enseguida y nos cuentan que había una droga, unas prostaglandinas que la usaban en la inducción del parto. Jamás se

mencionó el aborto, era para la inducción del parto. El nombre comercial era Cytotec y nos enseñaron a usarlo. G2.

Estos relatos de ginecólogos/as locales dan cuenta de los recorridos zigzagueantes de la construcción del misoprostol en nuestro país. Las diferentes formas que adquiere este proceso se entronca con los matices que recibe su difusión en Argentina: desde congresos internacionales hasta residentes de Buenos Aires que realizaban sus rotaciones en distintos hospitales. Farmacéuticos/as, militantes feministas, misoprostol en el “mercado negro”, y médicos/as pasándose Cytotec de guardia en guardia. Incluso, aunque no nos detendremos aquí porque es el objetivo del próximo capítulo, en ese amplio abanico de interpretaciones, muchos/as médicos/as recién conocieron el uso del misoprostol en la década siguiente.

Los itinerarios de las posologías

Como hemos indicado reiteradamente, el misoprostol no se conoció en su origen como un fármaco abortivo, sino que se hizo hincapié en sus potencialidades como inductor de contracciones: en un primer momento para los casos de huevo muerto y retenido (HMYR), y en un segundo momento para la inducción de contracciones en el trabajo de parto. Recordemos, asimismo, que deberían pasar 30 años desde entonces para que se aprobara su uso en ginecología. Ahora bien, ¿cómo se construyeron las respectivas posologías en ambos casos, centrados en el efecto disparador de contracciones? Habiendo hecho entrevistas a profesionales de distintas especialidades, hemos podido observar que quienes primero construyeron al misoprostol como un inductor de contracciones fueron los/as ginecólogos/as. Sin embargo, no había aún una posología clara para ese uso. Lo que nos interesa analizar aquí, en base a las respuestas relevadas, es cómo surgen los primeros ‘experimentos’ en mujeres con HMYR en los que, al no ser viable el feto, no importaba que pudiera haber un ‘exceso’ de misoprostol. Más adelante, de acuerdo a cómo funcionaba la medicación, estos/as mismos/as profesionales son quienes comienzan a utilizarlo (en menores dosis) en el trabajo de parto a término.

En relación con estos usos de la medicación, previos a ser un tratamiento abortivo, una de nuestras entrevistadas sostiene que:

El misoprostol es uno de los medicamentos esenciales porque salva muchas vidas. No solo porque se usa para la interrupción del embarazo de manera más segura, sino que se usa para frenar las hemorragias obstétricas que es una de las principales causas de muerte de las mujeres [...]. Y una de las formas más sencillas es con misoprostol. MG4.

Como veremos en las próximas secciones, los/as profesionales de la salud empiezan a indicar el misoprostol en los hospitales. Según la misma entrevistada, es sobre el fin de la década de 1990 que se comienza a conseguir misoprostol de 25mg, producidos con el fin de inducir el parto en aquellos embarazos que se prolongaban.

Entonces usaban los óvulos de Oxaprost para estimular las contracciones y para que se produzca el parto, particularmente cuando se quería resolver el parto rápido e irse. Entonces era ese el misoprostol que se daba en los ‘90. MG4.

Pero antes de este uso, el misoprostol estuvo asociado a la expulsión del HMYR o casos donde no fuera viable la vida del feto. Aunque sin respaldo bibliográfico ni posologías claras:

Yo le tenía como mucho rechazo porque me molestaba que usáramos cosas que no tuvieran respaldo bibliográfico con los pacientes [...]. Le explicábamos que estaba esto que era como un ensayo pero que no le iba a afectar para nada, que iba a tener contracciones, y empezamos a usarlo con los fetos muertos o con los huevos muertos y retenidos. G1.

En efecto, muchos/as ginecólogos/as comienzan a utilizar el misoprostol sin tener ensayos clínicos que respalden el uso en este campo de especialización médica, por lo que empiezan a emplearlo cuando no peligraba la vida del feto, es decir, donde no corriera riesgo el embarazo. Otro/a de nuestros/as entrevistados/as afirma que “empezamos a utilizarlo por ejemplo en fetos muertos detenidos de siete meses de embarazo [...]. No importaba la dosis porque ahí la vida del feto no importaba, entonces lo empezamos a observar en eso, por lo menos esa es mi experiencia.” G3.

Interesa en este punto relevar cómo estos/as profesionales fueron construyendo la posología del misoprostol, siendo que no es la misma forma de uso en HMYR, parto o aborto. En el caso del HMYR:

La primera posología era entre 400 y 800 mg. Una dosis. No siempre funcionaba, pero lo que pasaba era que, por lo menos, las mujeres empezaban con contracciones y con pérdidas, entonces vos ya las internabas para hacerles un aspirado, que en ese momento era un raspado. G1.

Así como ocurría con las mujeres que utilizaban al misoprostol como una puerta de entrada al hospital, a fin de que allí les realizaran un legrado, el primer uso del medicamento en casos de HMYR tenía la misma intención, para no colocarle más comprimidos. Sin embargo, esto se fue modificando al utilizarlo en la inducción del parto a término. En ese caso, quedaba claro para los/as profesionales de la salud que, en situación de parto, no podían usar las mismas dosis que para HMYR porque cuanto más avanzado estaba el embarazo, mayores son los receptores de prostaglandinas y, por ende, son necesarias menores cantidades para lograr las contracciones. Además, el misoprostol se conseguía en comprimidos de 200mg. La relevancia de la presentación radica en que, para la inducción de parto, era peligroso usar esa cantidad y, por ende, los/as profesionales recuerdan la necesidad de partir las pastillas en menores dosis.

Lo usábamos para la inducción del trabajo de parto, que en ese momento estaba en estudio y medio que probábamos, pero era algo bastante arriesgado, porque era cortar la pastilla en pedacitos, porque era un cuartito que había que poner. La verdad que sí era todo muy experimental. G4.

A partir de este proceso que nuestra entrevistada menciona como ‘experimentación’, se fue llegando, en efecto, a una posología adecuada que consistía en 25 o 50mg de misoprostol. Los/as profesionales denominan ‘un cuartito’ a la cuarta parte de la pastilla de 200mg, lo que representan 50mg. “Para el parto, empezamos a usar un cuartito. Sabiendo que 25mg era una dosis adecuada, que más dosis de eso podía resultar peligroso, pero no podíamos cortar en ocho la pastilla.” G1.

Aunque los posteriores ensayos clínicos y protocolos al respecto sostuvieron la importancia de utilizar 25mg –lo que llevó a que sobre el fin de la década de 1990 un nuevo laboratorio produjera misoprostol en ese formato-, en la práctica amplia de ginecobstetricia se generalizó el uso mínimo de 50mg para la inducción del parto. “Antes, te digo, que usábamos 50mg sin problema. Era la cuarta parte de la pastilla. Después se impuso los 25mg. Nosotros siempre usamos 50 y nunca tuvimos problema.” G3.

Como puede leerse en este fragmento, pese a los protocolos que se fueron construyendo respecto de la posología de la droga en la inducción del parto, los/as profesionales mantuvieron el uso *sui géneris* de los 50mg, lo que –tal como veremos– tendrá sus resonancias en las fases siguientes en relación a sus fines abortivos.

Estas últimas secciones abren una pregunta clave sobre cómo se utilizaba el misoprostol en esta década: si no estaba aprobado en ginecología y obstetricia en Argentina, ¿cómo circulaba entre profesionales de esa especialidad médica, principalmente quienes trabajaban en el sector público? Aquí nuevamente podemos explorar posibles respuestas en los distintos relatos y cómo están atravesadas por las diferencias regionales de nuestro país. En Argentina nunca se produjo Cytotec y, sin embargo, se empleó en las prácticas clínicas.

No teníamos ni idea siquiera si había misoprostol disponible en la Argentina. A mí alguna gente me dijo que alguna vez en Argentina hubo Cytotec. MG1.

La droga [Cytotec] venía de afuera. Obviamente venía de afuera pero no tengo idea [cómo llegaba hasta el hospital]. G3.

Ahora bien, ¿a qué se refiere con ‘afuera’? Como hemos visto en las experiencias de las mujeres brasileñas, podemos suponer que uno de los canales más factibles para la entrada del Cytotec a nuestro país era la nación vecina.

El misoprostol lo conocíamos porque recibíamos, así, la verdad, medio traficando el Cytotec que existía en Brasil [...] al mismo tiempo que teníamos misoprostol, clandestino, lo recibíamos así porque alguien traía cuando iba de viaje y esas cosas, no lo compraba la municipalidad como tal. G4.

Aunque este último testimonio resulta esclarecedor de cómo se introduciría el misoprostol en nuestro país, resulta llamativo que una droga sospechada de llegar de manera ilícita –“medio traficando”– se utilizara libremente en los hospitales. Los/as profesionales que hemos entrevistado en diferentes regiones de Argentina, sostienen que desde la década de 1990 utilizaron misoprostol en la expulsión de HMYR y en la inducción del trabajo de parto. Sin embargo, esto sucedía pese a la falta de protocolos, de regulación de la medicación y de evidencia empírica.

Por lo tanto, a continuación, nos interesa explorar cómo se realizan ‘ensayos clínicos’ sobre los cuerpos, en este caso de las mujeres gestantes, territorios donde se construyen las posologías médicas. En este apartado hemos hecho hincapié en la construcción de posologías en la práctica clínica. En el próximo, indagaremos respecto de la forma en que se construyen los conocimientos médicos ‘basados en evidencia científica’ publicados en las revistas de mayor circulación entre profesionales de ginecología y obstetricia.

El misoprostol en las revistas de ginecología y obstetricia en Argentina

A partir del relevamiento realizado en las bibliotecas médicas de las Facultades de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de La Plata, y las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de Argentina y de la provincia de Buenos Aires, durante la década del 1990 se constata la realización de estudios clínicos sobre el uso del misoprostol en la inducción de contracciones.

Las revistas de mayor circulación nacional eran las de la SOGBA y de la SOGIBA. La primera se centraba en la provincia de Buenos Aires, aunque tuvo un alcance nacional y la segunda se correspondía con todo el país. El comité académico de la SOGIBA estaba conformado por médicos ginecólogos –a excepción de alguna médica ocupando cargos menores– que a su vez eran docentes en la Universidad de Buenos Aires y se desempeñaban en los hospitales más importantes de la Capital Federal, lo que generaba una mayor publicación de estudios de casos a diferencia de la SOGBA, también conformada en su amplia mayoría por hombres, donde primaban las reseñas de eventos científicos locales. En la revista de SOGIBA, a partir de las redes tejidas con otras sociedades de América Latina, se pueden encontrar artículos publicados en otras revistas científicas de la región como la OGLA. Esta última recuperaba investigaciones realizadas por equipos de toda Latinoamérica, siendo una referencia en la región.

En relación al misoprostol, en la década analizada se publican, concretamente, dos trabajos en las revistas de circulación académica en Argentina. Uno en referencia a la expulsión del HMYR, publicado en la revista de la SOGBA (D'Angelo et al., 1990), y otro sobre el uso de prostaglandinas en comparación con la oxitocina, publicado en la OGLA (Morozovsky et al., 1990). El primero de estos trabajos refiere el uso de misoprostol para la expulsión de HMYR, a partir de una sola dosis de entre 50 a 200mg. Se indica, asimismo, que solo en tres casos tuvieron que repetir una segunda dosis y que una mujer recibió 500mg sin resultado terapéutico positivo. El resto de las mujeres evacuaron sin complicación en menos de 24 horas por lo que los autores concluyen que la medicación es efectiva, económica y rápida, y que puede utilizarse aún en condiciones desfavorables del cuello uterino. Por otra parte, señalan que una de las mayores ventajas es que, comparado con otros métodos, acorta los días de internación y no genera complicaciones (D'Angelo et al., 1990).

El mismo año se publica en la OGLA una investigación desarrollada en Argentina sobre el uso de prostaglandinas en el trabajo de parto. En dicha pesquisa también se menciona el uso de un cuarto de tableta de 200mg, de la misma forma que lo mencionan los/as médicos/as entrevistados/as, en comparación con el uso de la oxitocina intravenosa. Se sostiene que las prostaglandinas tienen un mayor efecto en la maduración del cuello del útero previo al desencadenamiento de las contracciones, por lo que se genera un período de dilatación menor que con el uso de oxitocina. Al mismo tiempo observan que reduce la necesidad de cesáreas por detención del trabajo de parto (Morozovsky et al., 1990).

En las conclusiones se afirma que: “La oxitocina estimula el útero cuando el embarazo está próximo al término, las prostaglandinas pueden hacerlo en cualquier etapa” (Morozovsky et al., 1990, p. 129). Se advierte, a su vez, la importancia de las prostaglandinas en las diferentes etapas del embarazo, al no desconocer su estimulación uterina y su potencialidad en la inducción de contracciones. Dicha investigación no menciona la posibilidad de utilizar el misoprostol para el HMYR ni –mucho menos- un caso de aborto legal o no punible (si tenemos en cuenta la terminología de la época), pero sí deja entrever la intención de problematizar el uso ginecobstétrico del misoprostol.

En este sentido, durante esta última década del siglo XX, la OGLA fue la única revista latinoamericana que publicó los avances científicos en esa línea. En 1994 divulgan el primer estudio sobre el uso del misoprostol para la inducción del parto, presentándolo como la mejor alternativa en relación a la oxitocina, sobre todo su administración vaginal, al evitar los efectos secundarios gastroenterológicos. Ahora bien, aunque la investigación solo refiere a la inducción de contracciones en el parto a término, hace una referencia mínima al uso del Cytotec en la realización de abortos. “Otro análogo de la PgE1, el misoprostol [...] Cytotec, Searle Laboratories, USA, aprobado por la FDA como un agente gastroprotector, es capaz de inducir aborto cuando se administra por vía oral a mujeres embarazadas al comienzo de la gestación” (Campos et al., 1994, p. 160).

Ese mismo año, el servicio de Obstetricia de la Policlínica “Eva Perón” de Ramos Mejía, provincia de Buenos Aires, realizó un trabajo de investigación para evaluar la eficacia y el uso clínico del misoprostol en comparación con la oxitocina (González Pena et al., 1996). Publicada en 1996, esta investigación es la primera que utiliza misoprostol de marca Oxaprost de Laboratorios Beta, fabricado en Argentina. No es un detalle menor,

ya que las investigaciones analizadas anteriormente no hacían referencia a la marca comercial del fármaco ni aludían al uso del Cytotec.

¿Qué es lo que nos interesa de esto? El Oxaprost tiene una diferencia sustancial con el Cytotec: se produce en combinación con el diclofenac para su uso gastroenterológico. Sin embargo, el Oxaprost aparece en el mercado argentino ya asociado a su uso en ginecobstetricia, al menos en relación a los ensayos clínicos realizados en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Este punto es fundamental ya que, debido a su comercialización en Argentina, el Cytotec deja de ser mencionado en los relatos de nuestros/as entrevistados/as y tanto ginecólogos/as como médicos/as generalistas y mujeres que empiezan a inducir sus abortos en el contexto local, hacen referencia al Oxaprost. Esto abre a su vez otras aristas en relación a su compra en las farmacias, las recetas con diagnósticos gastroenterológicos falsos, la necesidad (o no) de separar el misoprostol de diclofenac para su uso, entre otros aspectos. En la investigación aludida se menciona directamente su uso clínico: “En la inducción con misoprostol (grupo A), se empleó ¼ de la cubierta externa del comprimido de Oxaprost” (González Pena et al., 1996, p. 75).

A partir de este estudio y de los relatos de los/as profesionales se pueden reconstruir las razones que justifican el uso de la pastilla de misoprostol, que en la década siguiente nos llevará a preguntarnos por qué los/as médicos/as creían que era necesario dividir la pastilla y extraer el núcleo de diclofenac. Incluso, son estas investigaciones las primeras a las que acceden algunos/as de ellos/as: “Yo empecé a leer bibliografía sobre el misoprostol más adelante. Más allá del '95” G1. Antes de eso, en apariencia no se conocían otras publicaciones académicas locales que respaldaran su uso médico. Otros/as profesionales, en cambio, refieren a una forma distinta de construcción de conocimiento sobre la droga en el campo obstétrico:

Cómo llegamos acá, yo creo que llegamos por prueba y error, conocimiento de cada uno. G3.

Era todo folklore. Todo absolutamente ensayo y error. Yo te diría que hacia el año '96, '97 empecé a encontrar *papers* porque dije ‘no puede ser que estemos usando esto como nos parece, que a veces funciona y a veces no funciona’. G1.

Esta lógica de ‘prueba y error’ aparece en varios relatos, junto con la idea de que, ante la falta de una posología clara, se iba ‘probando’ cuál era la adecuada.

Por último, es destacable otra investigación, publicada en la OGLA y desarrollada en un hospital de la provincia de Córdoba, sobre el uso del misoprostol para aborto incompleto (Murad et al., 1997). En dicho estudio, los autores proponen el uso del misoprostol vía oral como alternativa al legrado evacuador uterino, con dos dosis de 400mg cada una, posología que se asemeja más a la utilizada para casos de HMYR. Habiendo tenido éxito en el 70% de los casos, sostienen que:

[...] llegamos a la conclusión que el uso del misoprostol oral para la resolución del aborto clínica y ecográficamente incompleto, es una alternativa útil, confiable y con una clara ventaja costos-beneficios en comparación al legrado uterino evacuador, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, y fundamentalmente la ausencia de complicaciones en nuestra serie (Murad et al., 1997, p. 39).

Como resulta claro, los contundentes argumentos esgrimidos en el estudio refuerzan un lugar destacado que va teniendo el misoprostol en la agenda de la ginecología.

En otro orden de producción de textos académicos, más vinculados a los análisis demográficos y sociales que a los estudios clínicos realizados en los centros de salud, en el segundo lustro de la década de 1990, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) produjo una serie de materiales que, según una entrevistada para esta tesis, “habían sido relativamente innovadores para el tema del aborto” MG7. Aunque esos trabajos aún no hacían referencia a los usos del misoprostol:

Empezó a haber en ese momento cierta producción sobre el aborto en la Argentina, no únicamente desde la perspectiva de las ciencias sociales sino desde la perspectiva de la salud pública, y a entenderse el aborto como parte de la práctica hospitalaria. MG7.

La misma entrevistada refiere que en 1994 se llevó a cabo la primera reunión de investigadores/as sobre embarazo no deseado y aborto inducido, impulsada por médicos/as latinoamericanos/as que pertenecían a la OMS y se encontraban trabajando la temática en diferentes países.

Esa reunión se vuelve a repetir en México, tengo idea que, en el año 97, ahí la conferencia inaugural la da Beverly Winikoff y habla sobre Misoprostol [...]. Ahí escucho por primera vez hablar del aborto con medicamentos. Fue como un flash, porque no sabíamos ni de que estaban hablando, para nosotros era muy novedoso [...]. Ya se estaba usando en Francia, pero en América Latina era algo absolutamente inédito. Eso empezó a ser una información que circulaba, coincidente con algunos reportes de que las mujeres eran severamente maltratadas

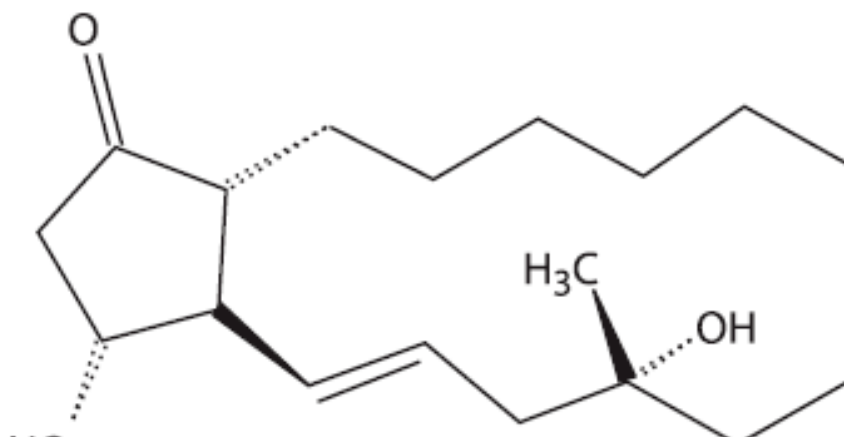
en el post aborto. En la Argentina la aspiración manual endouterina, que ya se usaba en otros países de América Latina, no estaba ni difundida. Estábamos en una situación cuasi prehistórica, no teníamos ni idea siquiera si había misoprostol disponible en la Argentina. MG7.

Los relatos recuperados en este capítulo nos llevan a sostener que, para fines de la década de 1990, el misoprostol ya estaba siendo investigado para casos de expulsión del HMYR, aborto incompleto y trabajo de parto. Sin embargo, la última cita habilita a interrogarnos sobre las razones por las cuales los/as trabajadores/as de la salud aún no se problematizaban sobre su uso para aborto inducido, al menos, en el marco de la no punibilidad. Al respecto, una de las ginecólogas entrevistadas sostuvo que:

Sin importar la cantidad de semanas, usábamos mal la dosis. Usábamos poca dosis para, por ejemplo, interrumpir. Lo que pasa es que un feto muerto tiene una respuesta siempre mucho más rápida, porque ya no tiene las hormonas que sostienen el embarazo. Entonces al no haber todo eso, siempre es más rápido, y también fantaseábamos con que... porque se decía, lo decíamos entre nosotros, ¿y servirá para hacer abortos? No, todo el mundo dice que para hacer abortos no sirve porque si el embrión está vivo no tiene respuesta. Era como que eso estaba muy presente. G1.

Nos parece fundamental cerrar este capítulo con esta cita porque da cuenta, no solo de la falta de información al respecto, sino de cómo circulaba información que no estaba basada en la evidencia científica y que, sin embargo, moldeaba el pensamiento y las prácticas de los/as profesionales de la salud que atendían situaciones ginecobstétricas. Como veremos en la fase siguiente, la búsqueda de información confiable sobre el uso del misoprostol para la inducción de abortos ya no será solo por parte de los/as trabajadores/as de la salud, sino también de las propias mujeres que, en procura de poder decidir sobre sus cuerpos, fueron crecientemente experimentando distintos usos de la droga y rastreando información al respecto.

CAPÍTULO 4: Construcción y circulación de posologías para el uso abortivo



23 de agosto de 2000²⁷

Estimado profesional de la salud:

El propósito de esta carta es recordarle que la administración de Cytotec por cualquier vía está contraindicada en mujeres embarazadas porque puede provocar un aborto. Cytotec no está aprobado para la inducción del parto o el aborto.

Cytotec está indicado para la prevención de úlceras gástricas inducidas por AINE (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, incluida la aspirina) en pacientes con alto riesgo de complicaciones por úlcera gástrica, por ejemplo, ancianos y pacientes con enfermedades debilitantes concomitantes, así como pacientes con alto riesgo de desarrollar ulceración gástrica, como pacientes con antecedentes de úlcera.

El efecto uterotónico de Cytotec es una propiedad inherente de la prostaglandina E1 (PGE1), de la cual Cytotec es un análogo sintético estable, oralmente activo. Searle ha tenido conocimiento de algunos casos en los que Cytotec, fuera de su indicación aprobada, se usó como agente de maduración cervical antes de la interrupción del embarazo o para la inducción del parto, a pesar de las contraindicaciones específicas para su uso durante el embarazo.

Los eventos adversos graves informados después del uso no indicado en la etiqueta de Cytotec en mujeres embarazadas incluyen muerte materna o fetal; hiperestimulación uterina, rotura o perforación que requiere reparación quirúrgica uterina, histerectomía o salpingooforectomía, embolia de líquido amniótico, sangrado vaginal severo, placenta retenida, choque, bradicardia fetal y dolor pélvico.

Searle no ha realizado investigaciones sobre el uso de Cytotec para la maduración cervical antes de la interrupción del embarazo o para la inducción del trabajo de parto, ni Searle tiene la intención de estudiar o respaldar estos usos. Por lo tanto, Searle no puede proporcionar información de riesgo para Cytotec cuando se utiliza para tales fines. Además de los riesgos agudos conocidos y desconocidos para la madre y el feto, no se ha establecido el efecto de Cytotec en el crecimiento, desarrollo y maduración funcional posterior del niño cuando se usa Cytotec para la inducción del trabajo de parto o la maduración cervical.

Searle promueve el uso de Cytotec solo para su indicación aprobada. Lea la información de prescripción completa actualizada adjunta para Cytotec.

Puede obtener más información llamando al 1-800-323-4204.

Michael Cullen MD

Director médico, US

Searle

²⁷ Carta publicada por G D Searle & Co. Disponible en <https://www.aims.org.uk/journal/item/misoprostol-cytotec>. Consultada el 12/06/2021. Las negritas y la traducción son mías.

El presente capítulo abarca la tercera fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol. La misma transcurre aproximadamente en la primera década del siglo XXI, ya que desde el 2000 es posible identificar que todos los actores involucrados en la construcción del artefacto hacen referencia a su utilidad como inductor de contracciones y su potencialidad como fármaco interruptor de la gestación. Ejemplo de ello es, por un lado, la carta del laboratorio G D Searle & Co. –empresa farmacéutica productora el Cytotec– que da inicio a este capítulo, pero también los relatos de algunos/as médicos/as ginecólogos/as entrevistados/as en este trabajo que sostienen que:

En realidad, nosotros [los médicos] somos misoprostol pre-aborto porque lo usamos para la inducción del parto o para embarazos detenidos grandes. Cuando se pone de moda para esto [abortar] es hace veinte años, de ahí para adelante. Desde el 2000 para adelante para abortos. G2.

Así pues, el siglo XXI comienza con la construcción, circulación y apropiación de saberes en relación con los usos del misoprostol como método abortivo. Las investigadoras Sandra Fernández Vázquez y Lucila Szwarc, en un esfuerzo por narrar una breve genealogía de la medicación como elemento abortivo en Argentina, sostienen 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” (2018, p. 169). En este sentido, los mecanismos que adquiere la circulación de la información a partir de aquello que las autoras denominan ‘transferencias militantes’ dan cuenta de la clandestinidad en la que acontecía el aborto en esta época. Otras autoras como Martha Rosenberg (2020), se han referido a este aspecto como una situación de semi-legalidad en la cual no hay una política sistemática de impedir la realización de la práctica, pero tampoco una búsqueda de resolución del embarazo.

De esta forma, la red de saberes en torno al artefacto que se construye, tiene tres anclajes centrales que hemos mencionado en la Introducción de esta investigación. Por un lado, la presentación del problema de la clandestinidad a partir de la lectura de los datos sobre mortalidad materna y, por ende, una asociación entre la situación sanitaria y su encuadre dentro de la salud pública (Faundés & Barzelatto, 2005; Ramos et al., 2004). Por otro lado, el reconocimiento de la agencia de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos que, con las conferencias internacionales de salud y población de las décadas anteriores, enmarcaron la cuestión en los derechos humanos (Brown, 2008a,

2008b). Por último, en esta coyuntura, la idea en torno a que los diferentes sectores sociales a los que pertenecen las mujeres las llevan a realizarse distintos tipos de aborto, algunos más inseguros que otros, pero solo aquellas de los sectores más bajos de la sociedad ponen en juego su vida al realizarse un aborto clandestino (Chanetton & Vacarezza, 2011; Checa, 2006; Vázquez et al., 2006).

En el ámbito académico, durante estos años, tres investigaciones fueron pioneras en indagar sobre las estrategias de las mujeres para poder interrumpir sus embarazos. En 2006, la consagrada socióloga en el campo de la salud sexual y reproductiva Susana Checa compiló, en *Realidades y Coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*, una serie de artículos sobre la temática (2006). Allí se publicaron dos textos claves en relación al uso del misoprostol. El primero se centra principalmente en la calidad de la atención post aborto en algunos hospitales públicos de CABA (Checa et al., 2006). Cuando Susana Checa y su equipo analizan el incremento de los abortos hospitalizados en el primer lustro del 2000 aventuran que se debe a:

[...] la mayor utilización del aborto medicamentoso con misoprostol, que al provocar hemorragias sin registros físicos de maniobras abortivas, hace que las mujeres recurran en mayor medida y más rápidamente a los servicios de salud. La información que circula informalmente sobre el uso de esta medicación suele ser incorrecta, lo que no contribuye a su eficacia ni a que se conozcan sus posibles riesgos (Checa et al., 2006, p. 259).

La investigación sistematiza la percepción de los/as prestadores/as de la salud de una maternidad y dos hospitales generales de agudos de CABA sobre el aborto. Allí, estas experiencias adjudican una relación entre la baja de la gravedad de los cuadros clínicos como consecuencia de los abortos provocados y el aumento de la difusión del uso del misoprostol entre mujeres jóvenes (Checa et al., 2006). Al igual que los/as profesionales de la salud entrevistados/as para este trabajo, sostienen que la irrupción del misoprostol en las prácticas abortivas de las mujeres en Argentina es reciente y que “la información se obtiene en circuitos informales y la medicación se compra en farmacias. En algunos casos, quienes la venden son los que dan las indicaciones para su uso” (Checa et al., 2006, p. 267).

Aunque nos adentraremos en estos tópicos en los próximos apartados, al indagar no solo en las experiencias de médicos/as generalistas y ginecólogos/as sino también de mujeres que utilizaron misoprostol y militantes feministas que las asesoraron, es pertinente recuperar también otra investigación publicada en la misma colección sobre el

uso del misoprostol en la adolescencia (Vázquez et al., 2006). En la pesquisa, Sandra Vázquez y sus colaboradoras manifiestan que:

En los últimos años ha circulado entre la población el conocimiento acerca de una nueva forma de interrumpir el embarazo, sin maniobras instrumentales ni intervención de terceros: el llamado aborto medicamentoso. Las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron a usar el método en forma anárquica, sin ningún tipo de asesoramiento médico [...]. Un número relativamente importante de adolescentes llegaba a la consulta con diferentes cuadros (metrorragia, dolor, etc.), después de haber usado misoprostol por vía oral y vaginal (pastillas abortivas como las llamaban) con el propósito de interrumpir un embarazo (Vázquez et al., 2006, p. 281).

El conocimiento sobre el misoprostol provino de su entorno afectivo –amigas, vecinas, familiares– y de la farmacia que “se convierte no solo en el lugar de compra sino en el de asesoramiento sobre ‘cómo usarla’” (Vázquez et al., 2006, p. 285). Aun con algún tipo de información, la variabilidad de las dosis fue muy amplia, lo que configuró experiencias disímiles: abortos completos, continuidad del embarazo y requerimiento de un legrado evacuador. Ahora bien, pese a que el uso del misoprostol comenzaba a atravesar las preguntas en torno al aborto voluntario en Argentina, investigadoras feministas afirmaban que:

[...] se trata de un fenómeno de emergencia social reciente y complejo que todavía no se conoce suficientemente. Sin embargo, en las condiciones de encerrona que la clandestina ilegalidad dispensa a las mujeres en situación personal liminar, cabe esperar que ellas recurran a la salida que representan las drogas abortivas como el misoprostol, por ser accesible y de consumo crecientemente establecido, con la creciente generación de informales y por eso potencialmente riesgosos saberes acerca de su mejor empleo (Chanetton & Vacarezza, 2011, pp. 111-112).

Estas investigaciones tuvieron un punto en común: se preguntaron sobre la circulación de información con respecto al uso del misoprostol para la interrupción del embarazo y los riesgos asociados a los peligros potenciales de la informalidad que adquiriría en la época. En el 2007, con el despliegue de estos interrogantes, el CEDES – con el apoyo financiero de dos organismos internacionales: la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) y la International Planned Parenthood Federation (IPPF)– publicaron una serie de informes sobre el aborto en Argentina. En ese marco, la investigadora especializada en salud reproductiva y sexualidad Nina Zamberlin afirmaba que “hay evidencia que demuestra que el aborto con medicamentos ha contribuido a disminuir las complicaciones de los abortos inseguros, aunque su utilización incorrecta,

como el empleo de altas dosis en embarazos avanzados, puede generar graves consecuencias” (2007, p. 4).

Teniendo estas pesquisas en cuenta, nos interesa adoptar una clave de lectura de los acontecimientos donde podamos examinar cómo se organizan y conjugan los grupos sociales relevantes al construir significados específicos con relación a la medicación. Como hemos dicho, la “sociología de traducción” como marco analítico permite analizar la forma en que actores humanos y no-humanos se alistan en relación a sus problemas, identidades e intereses (Callon, 1998). Es así que nos propondremos ‘seguir a los actores’ en sus múltiples actividades de traducción debido a que son estos los que producen los significados sobre el artefacto (Latour, 2008).

La co-construcción de saberes entre los/as profesionales de la salud, las mujeres, sus redes y las militantes feministas en relación con el uso del misoprostol –no solo las dosis necesarias para producir un aborto sino también las indicaciones asociadas a ello– son el tema central de este capítulo. Nos preguntamos: si esta droga no fue inscrita como inductor de contracciones por el laboratorio G D Searle & Co. al momento de ser registrada, ¿quién estaba ‘autorizado/a’ a decir cómo se usa para abortar y por qué? ¿Cómo se definieron las indicaciones para su utilización? ¿Cuántas dosis de misoprostol son necesarias para realizar abortos de manera segura? ¿Cómo es la posología? En otras palabras, ¿cómo fue la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol como droga abortiva? En la búsqueda por responder a estas preguntas, nos encontramos con investigaciones académicas y organismos nacionales e internacionales sobre los usos del misoprostol; y con las experiencias de los/as profesionales de la salud, las colectivas feministas, las mujeres y quienes las han acompañado.

El misoprostol se entrama con el aborto en el sistema de salud

Las experiencias sobre el uso del misoprostol dentro del sistema de salud fueron muy distintas en las diferentes regiones del país durante la década del 2000. Por un lado, el acceso a los abortos no punibles contemplados en el Código Penal no se garantizaba por igual en todas las zonas, como consecuencia de la ambigüedad de interpretaciones judiciales al momento de solicitar autorizaciones (Asociación por los Derechos Civiles, 2015). Por otro lado, la falta de información de los/as profesionales de la salud, sumado al temor frente a la ilegalidad de la práctica, tampoco colaboraron con el acceso a este derecho (Carvalho, 2011), no solo en relación a las reglamentaciones provinciales de los artículos 86 y 88 del Código Penal, sino también a sus propias experiencias laborales. Por ejemplo, en la Patagonia, una ginecóloga entrevistada sostiene que “sinceramente nosotros no practicamos abortos, salvo los abortos no punibles de toda la época, de toda la vida. Acá antes le teníamos que pedir autorización al juez y después te decía ‘pero háganlo por favor’.” G2.

Teniendo estas diferencias regionales en cuenta, encontramos las experiencias de zonas como la Patagonia o el Litoral, donde en escasas ocasiones se garantizaban los abortos no punibles y se accedía a la información sobre el uso del misoprostol en los hospitales de formas muy disímiles. En cambio, las experiencias dentro del AMBA, durante la década del 2000, se producen en un marco donde los/as médicos/as encuadran sus prácticas dentro del modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños –en el plano sanitario– y la *Guía técnica para la atención integral de abortos no punibles* (ANP) –en el plano legal– (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

En este apartado, nos interesa problematizar si las diferencias regionales del país tuvieron consecuencias en la forma en que médicos/as y ginecólogos/as usaron el misoprostol para inducir abortos, teniendo en cuenta también que el acceso a la información mediante internet era escasa y que se irá democratizando en los años siguientes. En este sentido, aunque anteriormente hemos mencionado la relevancia que cobran las pocas investigaciones sobre el misoprostol producidas y/o circuladas en América Latina, en algunos lugares como la Patagonia era sumamente complejo acceder a esas pesquisas. Allí, una de nuestras entrevistadas recupera su primera experiencia del uso de la medicación en el acompañamiento a la pareja de su hijo en 2006.

Le dije que compre misoprostol. Yo ni le escribía las cosas porque teníamos tanto miedo a la estigmatización, y al miedo legal real de que alguien te pueda relacionar con hacer abortos. Menos trabajando en un hospital. Yo sin saber la dosis ni nada. Yo le dije que se ponga dos y que espere, y si empieza a tener sangrado hasta se podía tomar uno. Un día estaba acá en casa, me llaman por teléfono de Cuba [el hermano de la chica, estudiante de medicina]. Entonces el pibe este desde Cuba me dijo ‘nosotros acá le ponemos cuatro sublinguales’. Claro, en Cuba es legal el aborto. G2.

La información circulaba de boca en boca. Los/as profesionales comenzaban a transmitir sus experiencias y sus conocimientos, frente a la necesidad concreta de una mujer que necesitaba realizarse un aborto. Por otro lado, en la zona del Litoral, a diferencia de la Patagonia, otra entrevistada relata que tuvo conocimiento del misoprostol en la residencia de medicina general, que realizó en el periodo 2000-2003. Sostiene que, en la actualidad, los/as estudiantes tienen una materia cuya temática es la interrupción legal del embarazo pero que 20 años atrás se enteró que existía el misoprostol cuando tuvo una paciente que no quería seguir con la gestación y consultó con su tutora de la residencia. “Ella me dijo ‘se usa misoprostol’. Yo no sabía lo que era el misoprostol, no sabía nada de eso. Ella me explicó cómo usarlo y también me explicó que en obstetricia lo usan para acelerar los partos.” MG2.

A partir de cuestionarnos sobre las formas que adquiere la transmisión de los datos surgen nuevos problemas analíticos. Si aún no circulaba información clara en relación al uso del misoprostol en ginecobstetricia –sobre todo en relación al aborto–, ¿qué formas adoptó la circulación de la medicación? ¿Cómo se realizaban las recetas médicas? ¿Podían adquirirlo las mujeres en las farmacias de forma legal? Las próximas citas en la Patagonia y el Litoral, respectivamente, permiten contestar estas preguntas:

Nos pasábamos [el misoprostol] en el bolsillo superior del ambo. Teníamos siempre 8 o 10 pastillitas de misoprostol que eran donaciones de nuestras pacientes con las que habíamos usado, porque tenían que comprar la caja entera. G1.

La opción era el misoprostol. La verdad es que cuando conocimos que existía lo recetábamos a la mujer [...]. Y el diagnóstico era artritis reumatoide o dolores articulares. Y a medida que fue haciéndose más público que se usaba para interrumpir embarazos, iba siendo más caro. Yo me acuerdo de haber recetado para que pacientes compraran cajas enteras [...], traía 16 [pastillas] porque traía un tratamiento completo para la artritis, con el protector gástrico, y entonces las mujeres iban y compraban, usaban los que necesitaban y el resto te los dejaban.

La verdad que eso también estuvo bueno porque se había armado como una cosa bastante solidaria. Aparte imagínate los '90 y pico, 2000, 2001, nos agarró la crisis del 2001, era todo carísimo. Entonces cada una que podía comprar una caja de misoprostol, la dividíamos en lo que se podía. No era mucho, pero con tres cajas hacías dos tratamientos más. MG2.

Estas citas son esclarecedoras de varios aspectos que nos interesan subrayar en relación con la circulación tanto de la información como de la medicación. En primer lugar, los/as médicos/as recetaban el misoprostol con diversos diagnósticos gastroenterológicos. En segundo lugar, las mujeres no solo socializaban sus conocimientos en relación a los usos de la medicación, sino que también se compartían el fármaco. En este sentido, es sugestivo recuperar que las redes que se tejen dentro del mismo sistema de salud frente a un contexto de crisis y de aumento de precios, será una práctica que luego se profundizará y denominará, desde los movimientos feministas, como 'banco de pastillas'. En estos relatos de distintas latitudes del país podemos observar que, por diferentes vías, la información sobre el uso del misoprostol con fines abortivos circuló en un principio entre los/as mismos/as profesionales.

En cambio, en AMBA no adquirió las mismas características. Como sostiene Zulema Palma –una ginecóloga feminista integrante del colectivo 'Mujeres al Oeste'– en una entrevista realizada por las investigadoras Gisela Manzoni, Mariana Smaldone y Paula Soza Rossi para el segundo volumen de la revista *Descentrada*: “Hay que reconocer que el uso del misoprostol empezó en las mujeres antes de que los médicos se den (sic) [dieran] cuenta de que servía para eso” (Manzoni et al., 2017, p. 4). Los primeros usos en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y el conurbano se tornan visibles a través de estas experiencias.

Empezamos a conocer el misoprostol, porque empezás a trabajar en salud sexual y reproductiva y vas a tener situaciones de embarazo no planificado que se manifiestan ahí en la entrevista. Es como nada, 'vengo porque tengo un atraso', 'bueno, hacete un test', 'dio positivo, ah me quiero matar'. Eso empezó en el 2004 y yo enfrentándome ahí con esa realidad cara a cara en el consultorio y en el 2005 viene el Encuentro Nacional de Mujeres de Mar del Plata, y empieza, o sea... como que se empieza a hablar del misoprostol. No es que se empieza a hablar del misoprostol, sino que yo empiezo a escuchar del misoprostol. MG1.

Te diría ya más cerca del 2000 que empezamos a conocer un poco lo del misoprostol, y a conocer más por el relato de las mujeres que venían y decían 'me puse dos pastillas', decían 'cuatro pastillas' y la mayoría la usaba de esa manera,

usaba dos pastillas vía oral y dos pastillas vía vaginal. Entonces venían quizás con abortos incompletos. MG4.

Empezamos a ver mujeres que llegaban al hospital con las pastillas puestas. MG7.

Como analizaremos en detalle más adelante, en este capítulo, las mujeres comienzan a utilizar el misoprostol de diferentes maneras y consiguiendo información por diversos medios. Lo que nos interesa ahora es examinar cómo fueron las experiencias de aquellos/as profesionales que recibieron en los hospitales a mujeres con abortos incompletos producto del uso del misoprostol y comenzaron a indicarlo. De manera muy incipiente, y con estas situaciones como antecedente, para el segundo lustro de esta fase se comienzan a armar en el AMBA lo que se conocerá como consejerías de reducción de riesgos y daños, a partir del modelo uruguayo, con la primera *Guía técnica de aborto no punible* como marco.

¿Qué abortos sí se pueden hacer? Guía técnica de aborto no punible y consejerías de reducción de riesgos y daños

En 2007, a dos días de terminar su gestión, el entonces Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, Ginés Gonzáles García, aprobó la primera Guía técnica de ANP (2007). Los marcos legales de la misma fueron: la Constitución Nacional, los tratados internacionales y la Ley Nacional 25.673 de salud sexual y reproductiva; y propuso una forma de interpretación de las causales de no punibilidad del Código Penal. Con un fuerte hincapié en cuestiones de definición legal, la guía estableció las responsabilidades de los y las profesionales de la salud frente a los derechos de las mujeres, los plazos para garantizar los ANP y las sanciones en caso de no hacerlo. Específicamente, la guía sostuvo:

La interpretación restrictiva de las causales de no punibilidad, la exigencia de la intervención de comités de ética o autoridades sanitarias, y la judicialización indebida de la autorización del ANP, han sido algunas de las fuentes de barreras administrativas enfrentadas con frecuencia por las mujeres en condiciones de acceder a un aborto no punible.

Asimismo, la ausencia de plazos máximos para las decisiones profesionales, administrativas o judiciales, han generado demoras en la producción del diagnóstico y la prestación del servicio que resultaron en daño psíquico por las múltiples instancias y por la prolongación de una gestación que se intenta

interrumpir. Estas demoras aumentaron y prolongaron el riesgo físico y de muerte, como también el sufrimiento psíquico de las mujeres que requirieron un aborto en los casos permitidos por la ley. Por esta razón, esta Guía Técnica tiene por fin reducir las barreras de acceso al aborto en los casos no constitutivos de delito, es decir, a los casos de aborto permitidos por el Código Penal de la Nación (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p. 9).

La guía se publicó en el auge del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que se había creado en el marco de la Ley de salud sexual y reproductiva cuatro años antes (Mateo, 2015, 2018). Una de las entrevistadas que formó parte activa de su creación recuerda que algunos de los temas más delicados:

[...] eran por qué había que incluir al misoprostol, el porqué de la certificación de un solo profesional de las causales de no punibilidad y la otra era la interpretación de cualquier mujer violada y no únicamente las idiotas o dementes. MG7.²⁸

Respecto de los métodos de aborto con medicamentos, la guía presentaba dos problemas. Por un lado, en ese momento la OMS recomendaba realizar abortos medicamentosos con mifepristona y misoprostol (Ashok et al., 1998; Peyron et al., 1993; Schaff et al., 1999; Spitz, 1998; Swahn & Bygdeman, 1988; Winikoff et al., 1997b), y la primera droga mencionada ni siquiera existía en Argentina. Por otro lado, no había suficiente evidencia empírica de ensayos clínicos de aborto solo con misoprostol y la droga ni siquiera estaba registrada en el país con estos fines.²⁹ La misma entrevistada sostiene que:

Me acuerdo que le dije [a Gonzáles García] que el misoprostol es un medicamento esencial, está en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, hay que ponerlo. Me acuerdo que dijo ‘bueno, está bien’ [...]. Era una cosa muy innovadora porque además estábamos poniendo un medicamento que no estaba registrado en la Argentina con ese uso [...]. Nosotros estábamos jugando fuerte, no solo saliendo muy fuerte desde el Estado diciendo el aborto no punible hay que hacerlo, en todas las causales que este debe hacerse, sino que salíamos además con una apuesta fuerte de los procedimientos. MG7.

²⁸ Como hemos mencionado en la Introducción, antes de la sanción de la Ley 26.710 de IVE el Código Penal solo contemplaba dos casos de no punibilidad en situaciones de aborto: riesgo para la salud y violación. Sin embargo, la interpretación de las mismas fue motivo de controversia durante décadas hasta que la Corte Suprema de Justicia dictó el fallo FAL en el 2010, referido ya precedentemente en esta tesis y mencionado específicamente en el próximo capítulo.

²⁹ Incluso, la primera guía sobre aborto de la OMS publicada en el 2003 no solo afirmaba que falta evidencia empírica para realizar abortos con misoprostol solo, sino que no tuvo mucha repercusión entre los/as profesionales. La segunda edición ampliada de esta guía fue publicada casi una década después, por lo que nos detendremos sobre este aspecto en el siguiente capítulo.

De todos modos, ¿qué tan posibles eran de realizarse esos procedimientos, en Argentina, en ese momento? La misma guía sostenía que “la disponibilidad de medicamentos efectivos y seguros para inducir un aborto sigue siendo limitada a la fecha. Sin embargo, el rápido desarrollo y la constante investigación podrán hacerlos más accesibles en un futuro cercano” (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p. 28).

La guía sostenía que los métodos ideales eran el AMEU o el aborto medicamentoso, que combina mifepristona y misoprostol. En nuestro país, para el primero de ellos se necesitaban profesionales capacitados. Para el segundo, una combinación de medicaciones que no estaban ni siquiera aprobadas por la ANMAT. El único método mencionado por la guía que se realizaba en Argentina era la dilatación y curetaje (también conocido como legrado), y sobre el mismo planteaba que, siguiendo a la OMS, había que “realizar todo el esfuerzo posible” para reemplazarlo por el AMEU. Teniendo en cuenta estas cuestiones, la guía presentaba un apartado donde hacía referencia al misoprostol solo, que no generaba la confianza suficiente para su uso. Aunque nos centraremos en ello en profundidad en el próximo capítulo junto con el análisis de las guías de la OMS, es pertinente recuperar aquí la siguiente afirmación:

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 [...]. El desarrollo de un régimen de tratamiento óptimo para el uso de misoprostol solo está actualmente bajo investigación. Existe preocupación sobre las consecuencias de aquellos embarazos que siguen en curso con el uso de misoprostol solo. Se necesita mayor investigación para evaluar la posible teratogenicidad del misoprostol (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p. 36).³⁰

Entonces, ¿qué posología utilizaban los/as profesionales para indicar el misoprostol? ¿Basada en qué tipo de evidencia? La garantía de los abortos no punibles no se agotaba en la creación de esta guía. Incluso, algunos/as trabajadores/as de la salud ni siquiera la mencionan y, aunque una de nuestras médicas generalistas entrevistadas sostiene la importancia de la disputa sobre la incorporación del misoprostol, otros/as profesionales afirman que:

³⁰ Esta información es recuperada casi textualmente de la guía de la OMS del 2003 mencionada en la nota al pie 29.

Ese protocolo no abordaba tanto la cuestión de la medicación y del procedimiento médico. Era un protocolo de cómo manejarse, cómo manejar las causales, eh... todo eso. No estaba la parte de la posología. G4.

Aunque el problema de las interpretaciones y las garantías de derechos respecto de los abortos no punibles no se agotaba en esta guía técnica, sí permitió un nuevo marco de interpretación. A los aspectos relacionados con la controversia en torno a la construcción de posologías sobre el uso seguro del misoprostol nos referiremos en el último apartado de este capítulo. Pero antes nos interesa indagar en cómo los/as médicos/as lo llevaron a la práctica a partir de la creación, de manera incipiente, de consejerías de reducción de riesgos y daños.

El encuadre para lograrlo fue el caso uruguayo, el primer país de la región en aprobar una ley de IVE en el año 2012. Aunque el proyecto sufrió varias modificaciones respecto del original y distó de aquel que las feministas y los movimientos sociales habían defendido (Correa & Pecheny, 2016), resultó un avance sustancial para los derechos de las personas con capacidad de gestar. Esta ley encuentra su génesis en los debates públicos que se sucedieron en la década del 2000 sobre la mortalidad materna por complicaciones de aborto y potencia la idea de reducción de riesgos y daños (Briozzo, 2002).

Esta línea de intervención propone que, dado que el aborto inseguro existe y va a seguir existiendo, y para evitar las muertes y otros daños asociados a su práctica insegura, los médicos y el sistema de salud deben ofrecer información y medidas para prevenir riesgos mayores y complicaciones a las mujeres (Correa & Pecheny, 2016, p. 40).³¹

En Uruguay esta premisa gestó un movimiento en pos de la creación de consejerías de reducción de riesgos y daños con el fin de reducir las consecuencias del aborto inseguro entendiéndolo como un problema de salud pública (Briozzo, 2002; Correa & Pecheny, 2016; Labandera et al., 2016; Rostagnol, 2008; Vázquez & Szwarc, 2018).

Organizados desde 2001 en torno de Iniciativas Sanitarias, profesionales de la salud comprometidos con el tema, como Leonel Briozzo, comenzaron a promover un modelo de salud pública de reducción de riesgos y daños en materia de aborto: publicaciones científicas y de divulgación, acciones de consejería pre- y post-aborto, y progresivamente desde el desarrollo de guías de atención para abortos

³¹ En el período que abarca de 1995 a 1999, el aborto inseguro fue la principal causa de mortalidad en Uruguay (Labandera et al., 2016).

incompletos a la redefinición de reglamentos y normas (Correa & Pecheny, 2016, p. 41).

Este modelo sanitario es el mismo que se adopta en un primer momento en Argentina, durante los últimos años de la década del 2000. En diversos centros de salud del AMBA, algunos/as profesionales de la salud comprometidos/as con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, comienzan a generar espacios de consejerías pre y post aborto, donde se brindaba información sobre la posibilidad de realizarse una interrupción del embarazo de manera segura. Según la investigadora Sandra Fernández Vázquez, “esta estrategia es posible a partir del conocimiento del uso abortivo del misoprostol y de la disponibilidad del fármaco en Argentina” (2017, p. 91).

A partir de los relatos recabados para esta investigación, podemos sostener que las primeras experiencias eran pequeñas y aisladas, aunque fueron aumentando significativamente durante la década siguiente. Quienes formaron parte de estos espacios sostienen que “estábamos felices porque en todo el año habíamos logrado hacer 7 [abortos]” G4. El hecho de que se hubieran realizado pocos procedimientos no se relacionaba solo con el escaso conocimiento que se tenía de estos espacios de consulta, sino con las propias limitaciones del sistema de salud. En el mismo sentido, las investigadoras Sandra Fernández Vázquez y Lucila Szwarc sostienen que “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” (2018, p. 167).

Los/as profesionales que han sido entrevistados/as para este trabajo, han referido tres cuestiones centrales en los primeros pasos de la implementación de estas consejerías en el sistema de salud público: el miedo a ser denunciados penalmente pese a la guía de ANP, la falta de claridad sobre cómo completar la historia clínica –que resultaría un aspecto clave en caso de una posible causa judicial– y la imposibilidad de recetar el misoprostol.

Respecto de la denuncia penal, una entrevistada sostiene que la guía de ANP del Ministerio de Salud no resolvía la cuestión de la legalidad. “El miedo con respecto a la denuncia estuvo siempre, porque culturalmente el aborto es un delito. Más allá de que legalmente está penado, está penado culturalmente.” MG2. Pese a la guía de ANP que hemos mencionado, las dudas sobre si eran posibles de garantizar las interrupciones existían porque diversos casos que se enmarcaban en la no punibilidad habían sido

judicializados.³² Incluso, la situación de desconfianza respecto a la posibilidad de realizar la práctica tenía consecuencias en relación a la forma en que los/as profesionales completaban dicha historia clínica:

Además, escrito en la historia clínica... la mitad de las cosas. No escribía con mucha claridad. Por ejemplo, [ponía] deseo de interrumpir el embarazo, le explico los riesgos. Y después, por ejemplo, con un aborto en curso, escribía que era un aborto en curso digamos y que la había derivado o no la había derivado, si le hacía una ecografía o no le hacía una ecografía. MG2.

Ahora bien, si no se completaban de forma fehaciente las historias clínicas, la pregunta que surge es ¿cómo se hacían las recetas? Las experiencias al respecto fueron muy disímiles, justamente porque el modelo de reducción de riesgos y daños no incluía necesariamente la indicación de la medicación. Por un lado, se idearon estrategias como emitir la receta a nombre de personas mayores que ‘podrían’ sufrir artritis reumatoide y, por ende, consumir Oxaprost. Así, el misoprostol llega a la usuaria sin ‘levantar sospechas’ al momento de la compra en la farmacia porque en esas píldoras se lo prescribe como protector gástrico, recubriendo el diclofenac.

Al principio, cuando no nos animábamos a hacer las recetas o nos animábamos más o menos, las hacíamos a nombre de algún viejo, o a nombre de un hombre, porque era un medicamento que usaban los traumatólogos. No era un uso obstétrico el que tenía en nuestro país. MG4.

Por otro lado, las críticas realizadas al modelo uruguayo de reducción de riesgos y daños se centraban en que no garantizaba la medicación. Es decir, brindaban a las mujeres la información necesaria para la interrupción, pero no el misoprostol. Las particularidades mencionadas en la forma de confección de la receta dan cuenta incluso que no era sencillo conseguir las pastillas. Recién con el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) el Estado comenzará a asegurar la provisión de misoprostol de forma gratuita en los CAPS. Al respecto, una de las médicas entrevistadas refiere que:

Recuerdo una reunión que se había hecho en 2007, y había mucho de eso en las quejas del modelo uruguayo digamos, de reducción de riesgos y daños, porque no daban el medicamento. Entonces nosotros decíamos del uso del misoprostol, pero

³² Podríamos mencionar aquellos que tomaron más relevancia pública como el caso de AMA en la provincia de Santa Fe o LMR en la provincia de Buenos Aires, solo por referenciar algunos (Asociación por los Derechos Civiles, 2014; Di Liscia, 2012b).

qué pasa si no pueden acceder al tratamiento completo, esas eran parte de las discusiones. MG7.

En este relato de la médica generalista entrevistada se enuncia uno de los problemas centrales de las consejerías de reducción de riesgos y daños, que se acrecentará en la década siguiente: si estas consejerías no garantizaban la medicación y solo brindaban la información, las mujeres seguían expuestas a una red de clandestinidad que ya no era la de la búsqueda de un aborto asistido por un/a profesional sino de un artefacto farmacológico. Incluso, se entramaba con otro problema: ¿qué calidad de misoprostol se conseguía en Argentina?

“Partir la pastilla”: el impacto de las indicaciones en la producción del efecto abortivo

En el primer lustro de la década del 2000, en Argentina se conseguían dos marcas de pastillas: Oxaprost de Laboratorios Beta y Blokium Prost de Laboratorios Carrasco. No obstante, en las entrevistas realizadas para este trabajo, todas las mujeres que recuerdan el nombre comercial de la medicación que utilizaron refieren a Oxaprost. Esta marca elabora un comprimido compuesto: un núcleo de diclofenac (de 50 o 75 mg) recubierto con 200 mg de misoprostol. Por lo tanto, muchas indicaciones hacían referencia a la necesidad de partir la pastilla y sacarle el núcleo de diclofenac porque lo único que se utilizaba para realizar abortos era el misoprostol.

Según algunos/as ginecólogos/as entrevistados/as, esta práctica se remonta al uso del misoprostol en los casos de inducción de parto. Cuando se comienza a utilizar con estos fines, se necesitaban dosis de 25 o 50 mg, por lo que era fundamental el corte de la pastilla. “La agarrabas con una Gillette como si fueras un huevo, la ponías así de canto y se caían las dos mitades, tirabas el núcleo y después lo partías por la mitad.” G3. Sin embargo, el hecho de cortar la medicación trae asociado un problema central: el misoprostol “es una medicación foto sensible. Si está expuesta a la luz pierde efectividad. Por eso está cerrada, la del Oxaprost venía en [envoltorio] metálico.” MG1. Por consiguiente, en algunos relatos aparece una alerta de los/as profesionales que tienen en cuenta la estabilidad química de la medicación (P. W. Collins, 1990):

[...] el misoprostol tiene una gran fragilidad en la estabilidad de la sustancia, es sumamente inestable, se inactiva fácilmente con el calor, con la manipulación,

etc., por lo tanto, todo lo que sea manipulación puede disminuir la efectividad [...]. Yo no sabía si toda la cubierta tenía la misma dosis de misoprostol. Podía ser que una parte de la cubierta tenga más y otra parte tenga menos y que al partirla se pierda un pedacito, y que el pedacito que se pierda sea el que más tenga misoprostol. O sea, partir la medicación ponía en riesgo que se suministre la cantidad adecuada y con la formulación adecuada. MG4.

Ahora bien, la fotosensibilidad de la medicación no era el único problema en relación al Oxaprost, sino que el hecho de que se produzca asociado al diclofenac ya era un problema en sí mismo por las consecuencias que éste producía en el cuerpo, sobre todo en relación al sistema digestivo como llagas, vómitos, diarrea, entre otros. En este sentido, aunque otros/as profesionales tienen en cuenta que la medicación no puede estar fuera del blíster antes de su uso, consideran que los problemas asociados a cuestiones gástricas son más problemáticos en el corto plazo en que debe resolverse la interrupción.

Bueno, teníamos Oxaprost. Para usarlo sublingualmente, nos dimos cuenta que era un problemón terrible porque se disolvía el misoprostol, pero quedaba el diclofenac, y el diclofenac generaba unas llagas terribles dentro de la boca, un sabor amargo insoportable. Entonces empezamos a partir la pastilla, esto que se va transmitiendo como de boca en boca y en algún momento te llega la información. Hasta hay videítos en YouTube subidos por compañeras que explican cómo partir la pastilla y es muy loco, impacta [...].³³ Entonces le mostrábamos a las mujeres con una pastilla, para no partirlas todas ahí, un desastre todas las pastillas salidas del blíster, pierden efectividad saliéndose del blíster. MG1.

La problemática asociada a la necesidad de partir la pastilla traía consigo otra cuestión en torno a la circulación de la información: en algunos centros de salud, durante un tiempo, no supieron cuál era cada uno y les entregaban a las mujeres el diclofenac en vez del misoprostol.

Venía el comprimido de Oxaprost y vos con un bisturí o una aguja intramuscular lo ponías de canto y empujabas fuerte y tac, se abría por la mitad. Y adentro había un comprimido. Lo real es que durante mucho tiempo usamos el comprimido de diclofenac sin saber que el misoprostol estaba por fuera. G1.

La práctica del corte de la pastilla no fue solamente de parte de los/as profesionales de la salud, sino que trascendió hacia otros saberes. En el caso de una entrevistada, la

³³ https://www.youtube.com/watch?v=Gv1zFtCn5y8&ab_channel=AyudantesDocentes

persona de la que estaba embarazada es quien le dice que ‘las tenía que abrir, sacarles lo del medio y colocarlas en la vagina’. Ella relata que cuando fue a colocárselas:

el chabón las agarró, las abrió, les sacó lo del medio que era como otra pastilla dentro de la pastilla. Me dio la parte de afuera, los cuatro pedacitos de la parte de afuera, porque se abren exactas las pastillas, por las dos mitades. MU12.

En síntesis, mientras las mujeres abortaban, las indicaciones que daban los/as profesionales de la salud se iban adecuando junto con las dosis. Esta década se caracterizó por ser un proceso de búsqueda de posologías adecuadas, no solo por parte de los/as profesionales de la salud, sino también de las propias mujeres.

Circulación fuera del sistema de salud

Las experiencias de las mujeres en relación a las interrupciones de la gestación son complejas y están atravesadas por la falta de información, la clandestinidad, los miedos, el hermetismo del sistema de salud, las desigualdades de clase social, edad, etc. Son experiencias difíciles de narrar, en sus relatos no está claro el año en que se realizó el aborto, y algunos detalles se tornan difusos, ya sea porque no los recuerdan, prefieren no decir u olvidaron. Sin embargo, son centrales para reconstruir los significados atribuidos al misoprostol.

En lo que sigue analizaremos relatos de 23 mujeres que abortaron en sus casas o en una clínica clandestina, con edades que varían entre 16 y 35 años. Algunas lo hicieron acompañadas por sus amigas, sus parejas o su familia y otras en la soledad. Los relatos narrados sucedieron entre el 2003 y el 2019 por lo que algunas aún no contaban con acceso a internet en la cotidianidad pese a que vivían en el ámbito urbano. El análisis de estas experiencias estará situado en este capítulo y los que siguen, en relación a la fase de la trayectoria del misoprostol. Por lo tanto, es posible diferenciar estos recorridos a partir de la circulación de la información, pero también de las posibilidades de acceso a la medicación.

Ahora bien, como parte de la pregunta analítica en torno a la co-producción de tecnología y experiencias a partir del caso específico del misoprostol como una droga abortiva, el foco de nuestra investigación no es indagar a priori cómo esas experiencias se entran en diferentes condiciones –materiales, emocionales, simbólicas– sino cómo son constitutivas de la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol.³⁴ En este sentido, en la Introducción advertimos sobre la importancia de problematizar estas experiencias situadas histórica y contextualmente altamente significativas en las biografías de las personas y en la construcción de los usos abortivos del misoprostol, pero también en tanto la propia trayectoria y usos de la droga modifica dichas experiencias. En este apartado se presentará un posible recorrido analítico de las mismas a partir de dos ejes: la búsqueda de la información y la medicación, por un lado, y el dolor y la confianza como mediadores de la experiencia abortiva, por el otro.

³⁴ Los motivos por los cuales las personas deciden abortar han sido ampliamente estudiados en el campo de las ciencias sociales. Al respecto ver: Chanetton y Vacarezza (2011), Drovetta (2012), Petracci et al. (2012), Ramos et al (2014), Sin cautivas (2013).

El recorrido de las mujeres para conseguir misoprostol

Frente a un embarazo no deseado, un test positivo o la incertidumbre ante la falta de menstruación, las mujeres buscan cómo resolver las situaciones a partir de las redes o las herramientas que tienen (Petracci et al., 2012). Avanzada la primera década del siglo XXI, una de esas formas era el acceso a internet en búsqueda de información e instrucciones. Aunque no todas las personas tenían conexión en su casa, existían los cibers (espacios donde se alquilaba una computadora con acceso a internet por un tiempo determinado). En la navegación por el ciberespacio, podían encontrar foros o lugares de intercambio sobre determinados temas, por ejemplo, el aborto con misoprostol. Con 16 años en el 2007, una entrevistada relata que:

Investigué mucho por internet, de lo poco que había en ese momento, cagada en las patas. Me iba a la casa de una compañera que tenía internet [...]. Me acuerdo que investigué el misoprostol, me puse a *googlear*, me puse a investigar quien lo vendía. En los foros ibas averiguando y alguien decía ‘yo vendo’, preguntabas cuánto estaba, cómo era la movida, pero mucho tampoco te explicaban. MU2.

Según los relatos de las mujeres entrevistadas, en esos espacios circulaba información sobre qué era el misoprostol, cómo usarlo, cómo conseguirlo, y muchas mujeres contaban sus experiencias con la medicación: buena, mala, satisfactoria, horrenda. Más que espacios de intercambio, estos foros se transformaban en sitios de catarsis para mujeres que, por algún motivo –que solía ser la forma en que lo habían usado– el misoprostol no les había funcionado. Estas experiencias también operaban como punto de partida para el acceso a las pastillas, no solo por parte de quienes debían realizar el aborto, sino también de sus acompañantes:

Me acuerdo que mi ex se puso a buscar en foros o en internet para ver si alguien se lo vendía, en esa época era muy caro, muy muy caro y él tuvo que vender cosas para poder comprarlo [...]. Me acuerdo de haberlos leído [a los foros], eran mujeres desesperadas buscando por favor que alguien se lo venda. MU9.

En estos espacios, las mujeres también buscaban confirmar la información que recibían por otras personas. Una entrevistada relata que, en 2009, se enteró de la existencia del método porque el ‘chabón’, como ella nombra al compañero sexual de quien había quedado embarazada, es quien le dice que no se preocupe, “compramos Oxaprost y te lo sacás”. Al parecer, ya había realizado cinco abortos con pastillas con una pareja anterior. “¿Dónde compras eso [el misoprostol]? Porque yo fui una persona que

siempre se cuidó, no me imaginé que me iba a pasar [...]. Cuando me pasó eso, me metí en internet, en un ciber, y me puse a escribir Oxaprost en Google.” MU12.

Aunque internet se transformó en un espacio de encuentro con otras experiencias y hasta, eventualmente, de contención frente a la desesperación por conseguir información, muchas mujeres también decidieron recurrir a algún/a profesional de la salud. Una de ellas, que vivió una mala experiencia con el asesoramiento de un médico con el cual se contactó por intermedio de su familia, reflexiona lo siguiente:

Yo me quedo en por qué no investigué más en internet, estaría la información, ¿por qué no investigué más? No lo sé. Igual necesitaba apoyo. La primera vez necesitaba el apoyo de mi familia o de alguien ¿a quién iba a recurrir? Era piba. Y en ese contexto 2005-2006. MU16.

El corpus de entrevistas analizado nos permite observar la gran cantidad de mujeres que han intentado recurrir al sistema médico durante esta fase. Algunas con éxito y otras no, consultaron con sus médicos/as de cabecera, sus ginecólogos/as, psiquiatras, etc. Otras buscaron algún/a profesional de la salud que fuera cercano a su familia o que hubiera acompañado a alguna amiga conocida en el pasado. Esta diversidad de formas de contacto llevó a experiencias muy disímiles. Una de ellas, cuando tenía 18 años y acompañada por su madre, recibió en un consultorio una pastilla de misoprostol como método para generarle la dilatación del cuello del útero y luego realizarle un legrado. Así lo cuenta:

El médico me puso una pastilla y me dice, ‘ahora andate a tu casa, te va a doler un toque y vení más tarde’. No me acuerdo cómo fue. Yo fui a mi casa, al rato retorcijones. Ahora con el tiempo me doy cuenta que lo que me puso era misoprostol y lo que tenía eran contracciones, nadie me explicó nada [...]. Nos había dicho que vayamos de vuelta. Fuimos a la clínica, me pusieron anestesia, me dormí, me desperté y ya estaba, se ve que me hicieron como un legrado o algo así. MU7.

La frase “nadie me explicó nada” se repitió en muchas de las experiencias narradas por nuestras entrevistadas. Según sus relatos, las indicaciones médicas no eran claras y ellas no sabían qué síntomas les provocaría el uso de misoprostol, lo que las conducía a tener experiencias que luego recordarían como traumáticas:

Cuando fui al ginecólogo me hice una ecografía, no me acuerdo de cuántas semanas estaba, pero me acuerdo que [el médico] lo mandó a mi viejo a comprar Oxaprost, las pastillas para el reuma. Me las puso el ginecólogo, no me acuerdo cuánta cantidad, pero yo fui dos días y los dos días me puso pastillas. Fui un día,

ponele que me puso cuatro pastillas y tuve algo de síntomas, pero no había largado nada. Volví a ir al otro día. Se nota que ni él tenía la experiencia de cómo hacer un aborto con misoprostol, sino no tarda 24 horas en poner las pastillas. Voy al otro día, me vuelve a poner pastillas, no me acuerdo cuánta cantidad, sé que poquitas, no creo que más de cuatro cada vez. Después de eso expulsé, una bola así que ni la abrí, me bajé el pantalón y estaba ahí, la tenía adentro del pantalón, así como la agarré la tiré al inodoro. MU16.

Pese a lo imponente y fuerte de la imagen de un saco gestacional en el pantalón de una joven de 18 años sin información, ella reflexiona, 15 años después, en el marco de la propia entrevista y con un recorrido de acompañamientos feministas con sus amigas, que ni el médico tenía la información de cómo usar el misoprostol. En esta narración se vislumbra aquello que mencionamos respecto de cómo los/as profesionales de la salud comenzaron a utilizar el misoprostol como inductor de contracciones, pero aún no se conocía claramente la posología específica para interrumpir embarazos. Es decir, podemos constatar esta búsqueda en relación con las dosis en los relatos de los/as mismos/as médicos/as sobre el encuadre de sus prácticas sanitarias –como las consejerías de reducción de riesgos y daños– pero también en la memoria colectiva de las mujeres que optaron por acceder al sistema de salud –privado en este caso– para interrumpir sus gestaciones. En otro extremo, algunas mujeres que también estuvieron asesoradas por médicos/as recuperan sus experiencias como buenas, aunque hacen hincapié en que “tuvieron suerte”:

Al toque fuimos a ver a una doctora, yo con la decisión tomada de que no lo quería tener. La doctora cuando hizo el estudio y vio el análisis, me preguntó qué era lo que quería hacer, por suerte con una naturalidad que no esperaba, que no me imaginaba [...]. Ella fue la que me recetó el misoprostol. MU4.

Me considero afortunada porque tuve asesoramiento de un médico. Fueron dos veces, en el 2008 fue una y en el 2010 la otra [...]. Un ginecólogo me hizo la orden, todo, y pude comprar el misoprostol [...]. Ya la segunda vez no tuve tanta suerte, él ya había fallecido y no podía conseguir quien me hiciera la receta. MU10.

Ahora bien, no todo asesoramiento médico es un acompañamiento real del proceso. En la mayoría de los relatos se sostiene que el ‘acompañamiento médico’ solo fue confeccionar la receta e indicar cómo debería ser el uso de la medicación. En cambio, en los capítulos siguientes daremos cuenta de la configuración de las experiencias feministas al discutir la idea de ‘acompañamiento’ en esta clave. Adelantando brevemente este planteamiento, diversas colectivas de acompañamiento en situaciones de aborto se

diferenciarán de estas prácticas afirmando que éste es más amplio que solo la indicación de una droga. En este sentido, plantearán una diferencia clave entre el asesoramiento médico y el acompañamiento feminista, la cual atravesará tanto las articulaciones como las tensiones entre estos espacios y los/as efectores/as de salud.

La relevancia de esta aclaración radica en que, sobre el final de la década del 2000, ya es posible encontrar algunas experiencias que están atravesadas por otras genealogías. “A mí me salvó la militancia” asegura una de nuestras entrevistadas. Ella quedó embarazada en el 2006, con 17 años y ‘tuvo la suerte’ de que una compañera le pasara el contacto de Pañuelos en Rebeldía.³⁵ Se comunica desde Mar del Plata, desbloqueando el teléfono de su casa para hacer una llamada de larga distancia y quien la atiende le comenta que estaban empezando a reunir información sobre el uso del misoprostol. Hasta ahí, habían podido recopilar la información, pero no conocían la experiencia de alguien que lo hubiera utilizado.

De hecho, a mí ese contacto me lo hace una compañera, pero no tenía a nadie que las haya utilizado [a las pastillas]. Acá no conocíamos a nadie. Era como un experimento, ¿entendés? Porque por más que yo haya confiado, para mí la información que venía de Pañuelos en Rebeldía era fehaciente. Yo confiaba plenamente en esa organización antes de esta situación. Entonces cualquier cosa que ellos hicieran, yo sabía que lo estaban haciendo con responsabilidad y amor. Yo les creía más a ellos que a cualquier otro profesional, pero porque sabía que ellos tenían una visión como cualquier militante. MU13.³⁶

Con este relato, podemos adelantar aquello que crecerá exponencialmente a partir de los años siguientes: la idea de que la militancia feminista conoce más sobre el uso de la medicación que los/as propios/as profesionales. Esta premisa acompañará diversas experiencias durante los años siguientes y nuestra entrevistada, en esa clave, reflexiona: “Es un gran poder que tienen las organizaciones, de pasarse información” MU13.

Otra cuestión central, entramada con la búsqueda de la información, es que a las mujeres se les hacía muy difícil conseguir la medicación, principalmente por los

³⁵ Un año después, en 2007, Pañuelos en rebeldía formaría parte de una organización que se llamó Feministas Inconvenientes. Una de nuestras entrevistadas sostiene que “en cuanto comenzamos a recomendar el uso del misoprostol desde la Campaña hubo muchas que nos miramos y nos identificamos con esto. Entonces se formó en ese momento como una red de feministas que se llamaba ‘Feministas inconvenientes’” MG1. La manifiesta fundacional de la colectiva se puede consultar en: <https://larevuelta.com.ar/2007/02/27/la-revuelta-en-feministas-inconvenientes-nuestra-manifiesta/>

³⁶ Nótese la paradoja del relato sobre la confianza en dicha organización feminista y la alusión en masculino de sus integrantes

problemas que surgían al momento de intentar comprarla en una farmacia. Aún dentro de los marcos de la legalidad –disponiendo de la receta– no se adquiría en todas ellas.³⁷ Al momento de su confección, sobresale aquello que fue discutido en el primer capítulo de este trabajo sobre la inscripción inicial de la droga dentro del área de la gastroenterología. Un médico generalista entrevistado repasa que:

Tiene otra indicación, que jamás en mi vida usé. Porque el Oxaprost nunca se indicó efectivamente para lo que supuestamente está hecho. Es un protector gástrico que no se usa nunca. Porque aparte es carísimo para eso. No tiene sentido y hay otros protectores gástricos. MG3.

La reflexión en torno a la inviabilidad del uso del misoprostol como protector gástrico y la referencia a su precio en comparación con otros fármacos con la misma indicación médica se vincula directamente con la propuesta analítica inicial de este capítulo en relación con la carta de G D Searle & Co sobre el uso abortivo de la medicación. Mientras que el laboratorio denunciaba su utilización en abortos como una estrategia de distanciamiento con esas prácticas –del mismo modo que lo hizo el Ministerio de Salud de Brasil a fines de la década de 1980–, su mayor prescripción médica era para la inducción de contracciones.

Ahora bien, en la segunda mitad de la década del 2000, se complejiza la situación. Pese a que la droga era de venta legal, la receta no era suficiente para que las mujeres pudieran adquirirla. Por lo tanto, quienes no disponían de ella se zambullían en un recorrido laberíntico en la búsqueda de una solución tanto dentro de una pseudo-legalidad, como parecería ser una farmacia que vende una medicación sin receta, como a través de una persona contactada en una página web:

Ahí empezó toda la odisea. Porque fue, no sé, una semana o diez días buscándolo, porque no se conseguía en ningún lado. Me acuerdo que fui en el auto de mi ex, íbamos recorriendo farmacias nocturnas en barrios periféricos. MU9.

La situación de conseguir el medicamento era tan aleatoria que no se podía creer; y cómo te lo vendían, si te vendían el blister, si te vendían las pastillas sueltas, si te vendían la caja, cuánto te lo cobraban. MG7.

Las mujeres sostienen que “Me encontré con la chica, medio como si fuera droga... bueno, eran pastillas.” MU2. “Era como si estuviéramos buscando una droga.” MU9. Aunque ya hemos indagado respecto de la construcción del misoprostol como

³⁷ Como mencionamos en el capítulo anterior, desde la disposición 3646/98 de la ANMAT, el misoprostol se encuentra dentro de la lista de medicamentos que requieren receta archivada junto con los psicofármacos.

droga abortiva, llama la atención la forma en que su venta en América Latina, y específicamente en Argentina, se tiñe de clandestinidad al punto de que, para quienes lo necesitan, les “indignó mucho el tema de tener que hasta esconderse para ir a comprarlo, como si estuviera yendo a comprar falopa.” MU19.

En algún punto, hay un posible paralelismo entre el aborto con misoprostol y el consumo de sustancias. No porque creamos el que misoprostol es una sustancia psicoactiva de consumo recreativo o problemático, sino porque aparecen en ambos casos varias cuestiones. Por un lado, porque para la compra del misoprostol se exige receta archivada como con el resto de los psicofármacos. Por otro lado, porque en estos años su adquisición está envuelta en un halo de clandestinidad. Antes de la legalización del aborto, muchas de las entrevistadas para este trabajo hicieron referencia a la complejidad de conseguir misoprostol e incluso compararon la búsqueda de esta droga con la cocaína o el alcohol. “Como la ley seca de alcohol que vas de noche al lugar que conoces, de canuto, era una cosa mucho peor. Realmente ahí me di cuenta que era ilegal lo que íbamos a hacer.” MU9. Por último, porque el paradigma de reducción de riesgos y daños que se empieza a implementar en Uruguay en el 2002 y que luego se adopta en Argentina, proviene justamente de la problemática del consumo de sustancias.

Este modelo [de reducción de riesgos y daños] es un conjunto de ideas y estrategias orientadas a reducir las consecuencias negativas de ciertos comportamientos humanos [...]. En el ámbito de las drogas, este modelo entiende que el fenómeno del consumo es complejo, multifacético y que es parte de la realidad de nuestro mundo y elige minimizar los riesgos asociados al consumo de los usuarios en lugar de ignorarlos o perseguirlos, sin que esto implique –de ninguna manera- restarle importancia al real peligro asociado al uso de sustancias psicoactivas (Damin & Arrieta, 2017, p. 278).

En relación al aborto, las consejerías de este tipo comenzaron como una respuesta real a una problemática sanitaria, que las políticas públicas de corte prohibicionista no habían resuelto en casi un siglo. Las mujeres abortaban de formas riesgosas y el mismo sistema de salud debía contener las urgencias de dichos procedimientos, en vez de prevenir las consecuencias del aborto inseguro con consejerías pre y post aborto.

No obstante, si hacemos referencia a los riesgos de la clandestinidad de la práctica, advertimos que este tipo de modelo fue cuestionado justamente por no garantizar el acceso a la medicación. Por tanto, nos centraremos en los recorridos que tuvieron que hacer las mujeres en estos años con el fin de conseguir la medicación en las condiciones

mencionadas. Para ello, presentaremos dos ejes de análisis: aquellas que logran comprar el misoprostol de manera clandestina en una farmacia y quienes lo hacen directamente en el mercado ilegal de medicamentos.

Son pocas las mujeres que consiguen el misoprostol en una farmacia sin ningún inconveniente. En algunos relatos de nuestras entrevistas accedimos a estas experiencias: “En esa época no me hicieron ningún problema, yo tenía la receta, compré y listo.” MU10. “[La médica] fue la que me recetó el misoprostol. Directamente recetado fui y lo compré en la farmacia.” MU4. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no les resultó sencillo pese a disponer de la receta. Algunas mujeres tenían la orden realizada por un/a médico/a, y aun así no podían dar con una farmacia que le facilitara el acceso a la medicación. Una de ellas, frente al miedo por el estigma que sentía que generaba ir a comprar la droga, le pidió a una amiga que fuera a obtener misoprostol: “Terminó consiguiendo la receta. Hubo que buscar y recorrer varias farmacias, hubo de todo. Le plantearon desde ‘no vendemos eso acá’ hasta ‘¿para qué querés esto?’” MU15. El nivel de informalidad que adquiere en estos años el mercado del misoprostol dentro de las farmacias emerge en los relatos de aquellas mujeres que no consiguen comprarlo aún dentro de los parámetros de la legalidad, y en los de aquellas que lo consiguen sin receta:

Por ser menor, a mí no me vendían las pastillas. El único lugar que las vendía en Mar del Plata, era la farmacia enfrente al [se omite el nombre ex profeso]. Sin receta. El resto todas las vendían con receta. Y yo no tenía. ¿Quién me iba a hacer una receta de eso? MU13.

Lo pudimos conseguir por un conocido de la hermana de no sé quién, que hizo algo medio trucho, fuimos a buscarlo a la tarde a una farmacia y ahí nos lo vendieron. MU9.

A esas [farmacias] ibas con un papelito. Necesito tanta cantidad. Carísimas, pero ahí las conseguías. MU20.

Por fuera del sistema de venta ‘legal’ del misoprostol, se consolidó también una red de comercio clandestino donde recurrían todas las mujeres que no podían acceder a la receta o al dato de aquella farmacia en que se podía obtener sin la misma. “Conseguíamos en el barrio [se omite el nombre ex profeso] porque había un chabón que las traía de Buenos Aires. Y sino en la farmacia de [se omite el nombre ex profeso], calculo que todavía deben conseguir ahí y así” MU17. Ahora bien, ¿cómo se accedía a ese mercado clandestino? En los foros a los que recurrían en búsqueda de información, también circulaba la venta clandestina.

Llamé a uno de los celulares y me atiende un tipo, le digo ‘hola que tal, acabo de ver un aviso en Google que vendés Oxaprost’. Me dice ‘las cuatro, 500’. Yo ahí me quedo... 500 mangos me parecía algo caro, porque cuando vas a Oxaprost, te dice cuánto sale en las farmacias. Pero sin receta no te las vende nadie. Le digo, ‘está bien, cómo hago’. ‘Decime dónde vivís y yo me acerco y te las dejo’. Ok. El chabón me dice te espero en [se omite el nombre ex profeso], no me voy a olvidar jamás, era a tres cuadras de mi casa. ‘Voy estar en un auto negro a las 20:00 hs’. Llego a las 19:55 hs, a las 20:00 hs. paró un auto negro, bajó la ventana, me agarró la plata, me dio las pastillas y una fotocopia [...]. Él no me dio una caja de remedios, me dio cuatro pastillas, era un blíster cortado en cuatro pastillas plateadas, decía misoprostol, no sé cuántos miligramos. Le dije al chabón, ‘¿es esto?’ Me dijo, ‘es esto’. MU12.

En los foros ibas averiguando, y alguien decía ‘yo vendo’, preguntabas cuánto estaba, cómo era la movida. Mucho tampoco te explicaban. Vimos que una chica vendía. Si no me equivoco, eran cuatro por 900 pesos en ese momento. Era bastante 900 pesos. Me encontré con esta chica, me las dio [...]. Fue muy flashero porque nos encontramos en [se omite el nombre ex profeso], muy de incógnito. Me dice voy a estar vestida así, tal día, tal fecha, con la plata, con los 900 pesos por las cuatro pastillas. MU2.

Estos relatos ilustran con claridad la imagen de la clandestinidad y del nivel de exposición al que deben someterse las mujeres en la búsqueda de una solución. Cuando recuperábamos el paralelismo que realizaban algunas de ellas respecto de la ‘falopa’ y el misoprostol, nos referíamos a este mercado clandestino de medicamentos, donde ponen en riesgo sus cuerpos no solo en el momento de la compra, sino también al realizar un procedimiento con una medicación que no está certificada por ningún organismo, está fraccionada, podría estar vencida o, como ocurre con otras drogas, podrían estar creyendo comprar misoprostol pero que no lo fuera.

El dolor y la confianza en las experiencias de aborto medicamentoso

En este apartado nos interesa analizar principalmente la noción de dolor en tanto categoría analítica debido a su emergencia como una emoción central en las experiencias de las mujeres y, a su vez, indagar en cómo esa categoría se relaciona directamente con la confianza construida sobre la seguridad de la tecnología abortiva.

El dolor, en tanto fenómeno cultural, debe ser analizado exclusivamente en el contexto histórico en el que se produce y las condiciones sociales en las que se enuncia (Moscoso, 2011). En este sentido, la categoría se entrama necesariamente con las experiencias para presuponer que el dolor está socialmente determinado, sino que, aunque las emociones son aprehendidas socialmente, los cambios históricos son propios de un devenir en el cual las experiencias son constitutivas de éstas al moldear las tramas culturales.

Como sostiene la antropóloga María Epele en su investigación etnográfica sobre consumo y marginalidad (2010): “Las emociones son experiencias y estrategias retóricas por las que las personas se expresan, reclaman, promueven, prohíben o justifican ciertas acciones sociales. Son producidas y construidas en el lenguaje y en las relaciones sociales” (2010, p. 225). En pos de problematizar el misoprostol como una tecnología abortiva, es central recuperar en las narraciones de las entrevistadas, la experiencia del aborto como dolorosa. La construcción de la idea de dolor nos posibilita hacer foco en las emociones como material mismo de la experiencia, sobre todo si tenemos en cuenta aquello que el politólogo y filósofo Adrián Scribano sostiene respecto de la imposibilidad de separar el análisis del cuerpo de aquel centrado en las emociones (Scribano, 2008, 2012). Así como entendemos que la forma en que las mujeres encuentran la información y la medicación hace al proceso de aborto medicamentoso, el modo en que narran sus emociones tiene un correlato con la construcción de la droga en sí misma.

En esta línea, Adele Clarke (2003) afirma que a partir del proceso de biomedicalización, la ciencia médica desplaza su dominio de control hacia la transformación, redefinición e invención de los fenómenos biomédicos gracias a las innovaciones clínicas y tecnológicas. Desde este escenario es posible pensar al misoprostol como una biotecnología que extiende su jurisdicción biomédica más allá del proceso salud/enfermedad, que modifica la experiencia del aborto extrayéndola del ámbito médico tradicional, la clínica, y situándola en la experiencia personal, íntima y doméstica, donde la autoridad epistémica médica es importante pero no central ni vectora del proceso de aborto medicamentoso.

Es por ello que, si nos centramos en la idea de *tecnocientización* de las prácticas biomédicas –donde los tratamientos, las intervenciones y las mejoras médicas son progresivamente más dependientes de las ciencias y tecnologías–, podemos indagar en cómo este proceso se inscribe en una idea según la cual la ciencia y la tecnología no son

fácilmente distinguibles, sino que deben ser entendidas de manera híbrida y co-constituidas. Por tanto, nos interesa el proceso de transformación, acumulación y producción del conocimiento biomédico y el cambio en las maneras de gestión, distribución y consumo de ese conocimiento.

En este sentido, las lecturas que hicieron las mujeres del uso del misoprostol en la realización de procedimientos para finalizar un embarazo tienen muchas aristas posibles para analizar. En algunos casos fueron experiencias definidas como buenas, y otras no tanto. Algunas estuvieron acompañadas por sus familias, sus amigas, su pareja, y en otros casos realizaron el aborto en la mayor soledad. Para algunas, narrar esa historia en el marco de estas entrevistas representó parte de un proceso de sanación, mientras que para otras significó relatar una experiencia traumática. Sin embargo, de todas las formas posibles de analizarlas, nos centraremos puntalmente en dos cuestiones que consideramos que hacen a la construcción socio-técnica y tecno-cultural de la medicación: aquello que les produce en el cuerpo, lo que esperaban y lo que no, atravesado principalmente por la idea del dolor y la justificación de la confianza que tienen en la medicación.

En relación al proceso que experimentan en el uso del misoprostol, muchas refieren que no sabían lo que les iba a ocurrir debido a la falta de información. En ese marco, hacen hincapié sobre lo doloroso de la experiencia. Tal como indica Nikolas Rose (2012), la confianza en la tecnología, es decir, el proceso de co-construcción de la tecnología abortiva, se da a partir de la experiencia del dolor que implica compartir una identidad, en tanto experiencia de uso, desde la condición somática del mismo. Y ese dolor se refleja en diferentes aspectos: la soledad, el cuerpo, el método, etc. “Recuerdo el dolor, la incertidumbre, el dolor del alma de sentirme tan sola.” MU16. “Dolor menstrual muy fuerte, la contracción uterina, que es lo que produce el misoprostol.” MU10. “En mi experiencia, vaginal es mucho más doloroso, no sé por qué.” MU17. Sobre todo, este dolor aparece asociado a la incapacidad de prever la situación frente a la incertidumbre, emerge la culpa:

Es que yo no sabía que me iba a doler tanto [...]. Yo en ese momento pensaba, ¿pero esto estará bien?, porque esta chica [la que le pasa la información] no me había dicho que me iba a doler, ella me dijo que le preocupaba que no me vaya a desmayar al otro día. No me había dicho que iba a tener contracciones y que iba a durar tantas horas. No sé cuánto tiempo fue, pero fueron un montón de horas. Tenía miedo, de si estaba todo bien, si era normal porque me estaba doliendo tanto [...]. Sentía como que me la tenía que bancar y era algo que me estaba pasando a mí. Lo viví como... es esto, me la tengo que bancar, aguantátela, te mandaste una

cagada. Era algo así, no sé si en el momento era tan consciente, pero ahora pensándolo era claramente eso. MU9.

En esta narración es posible analizar, por un lado, la idea del dolor como castigo. Frente a la responsabilidad aceptada por la situación que se está transitando, muchas mujeres interpretan el padecimiento durante el proceso de interrupción como algo que deben asumir en tanto consecuencia de sus actos. Así, aparece la culpa como parte inherente a algunos relatos donde el dolor es un costo por la realización de la práctica y aceptarlo sin cuestionamiento es una forma de resarcirse moralmente.

Por otro lado, es posible indagar en la incidencia de la falta de información en torno al dolor en el procedimiento y en los modos en que ese desconocimiento colma de incertidumbres el proceso. Es en esta línea de análisis que encontramos, dentro de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto, la confianza (o no) en el mismo como respuesta desplegada por las mujeres ante esas incertezas de base.

Por ello es posible preguntarse, ¿cómo se produce la seguridad en el medicamento? Al analizar la forma en que los/as profesionales construían al misoprostol se hizo hincapié en que la evidencia científica publicada en artículos académicos no se basaba en ensayos clínicos sino en un análisis de las experiencias de las mujeres que recurrían al sistema de salud. Ahora bien, ellas ¿en qué se fundamentan?

Lo que hemos podido examinar a partir de sus relatos es que la confianza en la medicación surge a partir de las experiencias de otras mujeres. Teniendo en cuenta que no todas podían hablar con sus familias, amigas o parejas al respecto, descansaban en los relatos de esas otras que habían pasado por la misma situación. Algunas a partir de los foros de internet y, por ende, de esas otras anónimas: “Me inspiró confianza la experiencia de las otras chicas que les había funcionado, pero otra no tenía, me tiré el lance a que me funcione.” MU2. En cambio, algunas confían en la medicación porque había sido recomendada por un/a profesional de la salud. “No dudé porque venía de la mano de una profesional. Si ella me lo recomendaba lo tomé con total tranquilidad.” MU4. Y quienes no tienen un asesoramiento médico, dudan, desconfían y se arriesgan.

Creo que no era tan consciente de que realmente podría haber salido mal porque no teníamos ningún asesoramiento de ningún médico ni nada. Era una amiga. Pero en ese tiempo yo era muy piba y entonces le tenía más miedo a que mi mamá se enterara a que hubiera que ir al médico. MU9.

Al construir la confianza en una medicación a partir de experiencias específicas, cobra centralidad cómo se concretó esa interrupción. Algunas mujeres confían en el misoprostol porque a otras les resultó efectivo, por el contrario, otras no confían porque a alguna persona conocida no le funcionó. Una de nuestras entrevistadas narra la experiencia de una amiga que usó misoprostol asesorada por una conocida que buscó comenzar con un sangrado para que en el hospital lo concluyan con un legrado.

Empezó a tener pérdidas, y la información que tenía, por parte de otra chica, es que cuando tuviera pérdidas fuera a la guardia, como que ya lo había perdido. Fue de noche, malísimo. Después de eso, cuando le dijeron que seguía ahí, juntamos plata y fue a un consultorio y logró interrumpir con un legrado. Mala la experiencia con el misoprostol. Después de esto, pasó un tiempo en el que varias amigas quedaban embarazadas y les decíamos que no lo hagan con pastillas, porque no la había pasado bien. MU15.

Recuperar estos aspectos de las experiencias de las mujeres es central para examinar las diferencias sustanciales que aparecen con respecto a los/as profesionales de la salud en la construcción efectiva del artefacto. No obstante, queda un aspecto fundamental para analizar, donde se entrecruzan además quienes se encuentran al frente de servicios de salud, las mujeres anónimas de los foros, los/as trabajadores/as de la farmacia, los/as vendedores/as clandestinos de la medicación, las amigas, las hermanas, las compañeras y muchas más: la construcción de las posologías.

La construcción de las posologías

En este último apartado se trabajará a partir de la discusión planteada en la Introducción sobre la imposibilidad de pensar la innovación tecnológica a partir de la idea de linealidad. En el estudio del proceso de construcción de la posología de un medicamento es central discutir con aquellas visiones que piensan los cambios en la biomedicalización en esa clave donde la ciencia y las técnicas impactan de forma lineal sobre la sociedad. En este sentido, ya hemos recuperado para esta investigación la idea de Callon (1998) en torno a pensar la ciencia, la tecnología y la sociedad como una red abierta. El sociólogo propone, desde su modelo de la traducción, distinguir en las tecnologías un proceso de problematización en torno al artefacto, *interesamiento* sobre el mismo, *alistamiento* en torno al problema socio-técnico y movilización de recursos en el análisis de la controversia. En el caso del misoprostol como artefacto socio-técnico y tecno-cultural nos interesa discutir cómo se estabiliza la controversia en torno a la posología adecuada para utilizarlo como un método abortivo seguro cuando la empresa farmacéutica que lo produce y que imprimió sobre la droga sus primeros significados no se alistó con el resto de los grupos sociales.

En este sentido, nos interesa plantear una discusión posible en torno a la construcción de la evidencia científica. Si tenemos en cuenta que los significados asociados a los usos abortivos de la droga no son construidos a partir de ‘ensayos clínicos’ sino de las experiencias de las mujeres, creemos que este punto es central para poner en discusión la visión lineal que sostiene que la medicina se basa en evidencia científica, o, al menos, poner en tensión cómo se construye dicha evidencia. Como consecuencia de esa discusión, luego analizaremos cómo construyeron las posologías abortivas de la medicación los tres grupos sociales relevantes implicados en esta fase: los/as profesionales de la salud, las mujeres que lo utilizaron con fines abortivos y el movimiento feminista.

El lugar de la evidencia científica en la controversia sobre las formas de uso

En esta fase, podemos observar el surgimiento de la evidencia científica en relación al uso del misoprostol para la inducción de abortos. Las publicaciones de resultados de investigaciones científicas y los informes de organismos nacionales e

internacionales que trabajaremos son un puntapié para rastrear la construcción de dicha evidencia sobre el artefacto. Los significados asociados a los usos de la droga no son inscriptos en *papers* científicos a partir de ensayos clínicos, sino que son recuperados desde las narrativas de las mujeres que se acercan al sistema de salud. Este punto es clave pues rompe con aquella visión lineal de que la medicina siempre se basa en evidencia científica.

En su libro *Pensar con otros*, la bióloga y comunicadora de la ciencia Guadalupe Nogués (2018), problematiza esta cuestión de una forma ejemplar. Sostiene que la medicina tiene una base metodológicamente científica pero que no se limita a ella, lo que da cuenta de sus complejidades al momento de producir evidencia. Al respecto se pregunta, ¿cómo saber si un tratamiento es efectivo? y para responderlo sostiene que “se acude a pruebas obtenidas mediante cuidadosa observación y experimentación [...]. Lo principal de este enfoque [la medicina basada en la evidencia] es tomar decisiones basándose en evidencias y no en anécdotas o en opiniones personales” (Nogués, 2018, p. 69). La forma de lograrlo es a través de experimentos médicos realizados en personas, llamados ‘ensayos clínicos’. A partir de sus resultados, se podría pensar que “cada medicamento que hoy sabemos que funciona fue aprobado luego de atravesar – exitosamente– muchas pruebas rigurosas, incluidas pruebas en seres humanos con extremo cuidado médico y ético” (Nogués, 2018, p. 70).

Ahora bien, desde esta perspectiva, ¿cómo se explicarían las prácticas de los/as profesionales de la salud que, en el capítulo anterior, utilizaban la medicación en los hospitales sin tener una indicación científica de la dosis específica e, incluso, sin siquiera usarla para aquellos fines para los cuales estaba aprobada? ¿Cómo comprendemos que la poca evidencia científica disponible a comienzos de la década del 2000 no se construya a partir de ensayos clínicos sino de los relatos de las propias usuarias? En esta misma línea de análisis, la autora reflexiona sobre los orígenes de estos ensayos y sostiene que:

Hasta hace muy poco, no había una mirada muy sistemática acerca de la metodología deseable para averiguar si un posible medicamento o tratamiento era o no efectivo. La medicina moderna se basa en evidencias obtenidas de manera científica, pero aclaremos un punto antes de continuar: cuando un médico trata a sus pacientes, las evidencias no son su único insumo para tomar decisiones. Hay mucho de experiencia y quizás cierta ‘intuición del experto’ [...]. En la medicina también influye lo personal, lo social, lo humano: el contexto, en líneas generales.

Así, en la práctica médica, existen muchos elementos que no son necesariamente ‘racionales’, probablemente porque las personas que practican y reciben los tratamientos médicos son mucho más que máquinas racionales de interactuar con el entorno. Por este motivo, el ejercicio de la medicina no es una ciencia, pero sí se alimenta de ella (Nogués, 2018, pp. 70-71).

En el caso de esta investigación, nos interesa plantear la discusión en torno a la construcción de la evidencia científica sobre el caso específico del misoprostol, teniendo en cuenta que recién en 1998 la ANMAT aprueba su venta bajo receta archivada producida en combinación con el diclofenac.³⁸ Conversando con una entrevistada sobre el proceso de discusión parlamentaria de la ley de IVE en 2018, sostiene “mirá todo lo que tuvo que pasar para que la ANMAT, organismo que regula los medicamentos en Argentina, autorizara el misoprostol para uso ginecológico cuando nosotras estamos usándolo desde el 2005.” MG1.

Las narraciones de los apartados anteriores han permitido exponer que, aún sin la aprobación de la ANMAT, tanto los/as profesionales de la salud en los hospitales y las clínicas clandestinas como las mujeres en sus casas, utilizaban el misoprostol con fines abortivos. Sin embargo, en América Latina, el único país que producía evidencia científica sobre la medicación con estos fines era Cuba, el primero en legalizar el aborto en 1961, dos años después de la revolución (Carbonell Esteve et al., 1998; Távora et al., 2008; Velazco et al., 2000; Velazco Boza et al., 2008).³⁹ Como consecuencia, varios/as profesionales recuerdan que “nos formábamos al usarlo y de materiales que encontrábamos en internet, de algún tipo de documento de Cuba. Sacamos un par de documentos que hablaban del uso del misoprostol en Cuba.” MG1.

Luego del primer lustro del siglo, se publicaron dos trabajos claves en relación a la práctica del aborto de forma medicamentosa en el marco de la clandestinidad. El primero de ellos realizó, a nivel mundial, un modelo de estimación estadística, en la Universidad de California (EEUU) y en la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para demostrar que en África, Asia y América Latina, el mayor uso

³⁸ En 2010, mediante la disposición 6291/10 la ANMAT aprobó la producción de misoprostol en comprimidos de 25mg fabricados en Argentina por el Laboratorio Domínguez, bajo receta archivada y para uso exclusivamente hospitalario. Aunque recién fue aprobado su uso para ginecología en comprimidos de 200mcg en el 2018 (disposición 946/18).

³⁹ Sobre el aborto en Cuba se puede consultar una nota realizada en diciembre del 2020 por la periodista feminista Carolina Rosales Zeiger para el portal de noticias LATFEM. <https://latfem.org/aborto-en-cuba-mas-de-medio-siglo-legal-y-sin-tabues/> Consultada el 1/12/2021.

del misoprostol disminuiría la mortalidad por aborto (Harper et al., 2007).⁴⁰ La hipótesis central del trabajo fue intentar “evaluar el potencial del misoprostol (Cytotec, Pfizer, Nueva York, NY) para inducir el aborto electivo como una simple intervención para reducir la mortalidad materna” (Harper et al., 2007, p. 66). Allí podemos advertir que se mencionaba directamente al Cytotec producido por el laboratorio Pfizer.

A su vez, se publica una pesquisa sobre las experiencias de mujeres que utilizaron misoprostol para abortar bajo supervisión médica en México, Colombia, Ecuador y Perú (Lafaurie et al., 2005). La misma fue realizada por un equipo conformado por investigadores/as de los cuatro países y publicada en la prestigiosa revista internacional *Reproductive Health Matters*. Este artículo resultó fundamental para quienes estaban armando el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) en 2006, ya que sostenía que “comparado con otras técnicas utilizadas para inducir abortos clandestinamente, los métodos médicos [específicamente el misoprostol solo] parecen ser más seguros y estar asociados con menos complicaciones” (Lafaurie et al., 2005, p. 76). Al respecto, una entrevistada sostiene que:

Se fue armando una masa crítica de gente que empezó a estudiar un poquito más, no los efectos, sino cuán posible o imposible era usarlo en América Latina [...]. Todo era muy prueba y error y con mucho temor. Ahí se publica un artículo que también fue súper pionero, era un artículo de Lafaurie, Grossman y Chávez [...]. Se empieza a producir evidencia en América Latina y publicar, pero era algo que teníamos al mismo tiempo mucho vértigo, no sabíamos qué iba a pasar. MG7.

En el plano nacional, la información sobre las formas de uso de la medicación comienza a circular entre los y las profesionales de la salud a través de CLACAI.⁴¹

[El misoprostol] Fue una cosa muy novedosa. Por un lado, era la fascinación de saber que era posible hacerlo [al aborto] con medicamentos y al mismo tiempo todo este temor de los efectos indeseables, de que si se hacía en el hospital, de la hemorragia, cuánto era el proceso normal, que si vía vaginal, que si vía sublingual,

⁴⁰ FIGO es una federación internacional de sociedades de ginecología y obstetricia cuya misión abarca la implementación de proyectos globales sobre problemas específicos de salud de la mujer, para lo cual realiza actividades de promoción, fortalecimiento de la capacidad de las sociedades miembro, educación y capacitación. En este sentido, “colabora activamente con muchas otras organizaciones mundiales, nacionales y regionales para promover el bienestar de las mujeres y elevar los estándares de la práctica en obstetricia y ginecología”. La información sobre FIGO está disponible en <https://www.figo.org/es>. Consultada el 2/12/21.

⁴¹ Así como hemos visto en el capítulo anterior, al comienzo de la década del 2000, los artículos publicados en las revistas de ginecobstetricia de Argentina siguen asociando el uso del misoprostol al trabajo de parto (Cioccolani & Castro, 2001; Winograd & Tomassini, 2002), o analizando la situación del aborto en nuestro país sin mencionar el misoprostol (Julio et al., 2002; Lartigue et al., 2003; Ortega Soler et al., 2001; Orué et al., 2001).

que si se tomaba; todo era absolutamente incipiente y al mismo tiempo muy concentrado en los países desarrollados. Ahí también había preocupación, porque ahí las mujeres van al sistema de salud, ahí las mujeres tienen estas opciones mientras que acá es ilegal, que no sabes qué pasa si les encontraban las pastillas. Nosotros lo mirábamos con fascinación, pero desconfiábamos que se pudiera hacer acá. MG7.

Aunque sostiene que como profesionales de la salud les resultaba “novedoso” el uso del misoprostol en la realización de abortos inducidos, en 2005, un grupo de trabajadores/as del área de ginecología del Hospital Rawson en Córdoba realizaron un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico de aborto séptico entre 2003 y 2004 (Ledesma et al., 2005). En dicha pesquisa publicada en la OGLA, sostuvieron que un cuarto de los abortos analizados fue provocado y, de los 60 casos que recibieron con sepsis, el 47% refirió haber realizado maniobras abortivas. El estudio muestra que “las maniobras utilizadas fueron: misoprostol 12 (42,8%), tallo de perejil 8 (28,57%), sonda 4 (14,28%), asociación con misoprostol 2 (7,14%) y legrado en institución privada 2 (7,14%).” (Ledesma et al., 2005, p. 167). Su conclusión fue que el misoprostol es el método abortivo más utilizado, lo que nos permite sostener que era una práctica extendida entre las mujeres que lo realizaban por fuera del sistema de salud, en consonancia con las experiencias recuperadas en el apartado anterior.

Tres años después, en 2008, los/as médicos/as del servicio de ginecología y patología mamaria del Hospital Interzonal General de Agudos Profesor Dr. Luis Güemes de Haedo publican en la revista de la SOGBA, en la misma línea que la investigación anterior, un artículo donde sostienen que:

Durante dos décadas [1980-1999] el método abortivo más utilizado (82%) fue la sonda intrauterina [...]. A partir del 2000 [hasta el 2007] y sobre la base de las respuestas de las que reconocen maniobras, la proporción se invierte, ya que aparece en escena el misoprostol, y entonces el uso de la sonda intrauterina es del 9%, el del misoprostol el 77% y para otros métodos, 14% (Kiprizlian et al., 2008, p. 85).

Este estudio, junto con la investigación realizada por Vázquez y su equipo (2006) sobre el uso del misoprostol en la adolescencia, muestran cómo se incrementa en Argentina el uso del fármaco durante la década del 2000. A partir de estas publicaciones podemos sostener que comienza a tomar protagonismo el misoprostol en las prácticas de las mujeres para interrumpir gestaciones no deseadas. Ahora bien, lo que no logran especificar estos trabajos es cuál es la posología utilizada para interrumpir las gestaciones.

Por lo tanto, los próximos apartados buscan indagar en dicha construcción por parte de los grupos sociales relevantes.

La información que circula entre los/as profesionales de la salud

Como hemos demostrado hasta aquí, la evidencia científica disponible sobre el uso del misoprostol como método abortivo no era clara entre los/as profesionales de la salud: “Lo que se sabía era cómo manejar mifepristona y misoprostol, misoprostol solo no.” MG7. El manual de la OMS del 2003, que recupera brevemente la guía de ANP del 2007, afirmaba que faltaba evidencia empírica sobre el uso del misoprostol solo en la inducción de abortos. No obstante, pese a no estar aprobada por la ANMAT y no circular en el mercado clandestino de medicamentos –algo que cambiará en la década siguiente a partir de las redes que tejieron los movimientos feministas– “la asociación de mifepristona y misoprostol le dio un gran impulso al uso del misoprostol solo para abortar.” G1.

Al comienzo de la década, se publicaban los primeros *papers* sobre la temática cuando se divulgó un relevamiento centrado en la investigación existente hasta el momento sobre el uso del misoprostol en trabajo de parto y parto, evacuación uterina y aborto provocado (Blanchard, 2002). La mayoría de los trabajos realizados en relación al aborto provocado, analizaron su uso como dilatador del cuello uterino antes de la intervención quirúrgica o en el segundo trimestre. En relación al misoprostol para la inducción de abortos, el trabajo de Blanchard (2002) sostiene que:

Una síntesis de los datos, incluidas conclusiones firmes, sobre los regímenes ideales para cada una de las indicaciones, se ve obstaculizado por diferencias en las dosis y el horario de misoprostol, vías de administración y criterios de elegibilidad en diferentes estudios. Es probable que esto se deba a la naturaleza de la investigación sobre el misoprostol para la salud de la mujer, y el hecho de que los investigadores individuales, en lugar de una gran empresa farmacéutica, han asumido la tarea explorar su potencial para nuevas indicaciones (Blanchard, 2002, p. 323).

En relación con estas indagaciones sobre la construcción de nuevas posologías es que nos interesa recuperar en este apartado cómo se trasladan a Argentina estos usos de la medicación que no están anclados en ensayos clínicos sino en experiencias individuales. Puntualmente, queremos observar cómo las diferencias en las dosis tiñen

relatos tanto de mujeres como de profesionales. Para ellos/as, era un ‘prueba y error’ o, como dijo una entrevistada, “es todo muy folklórico esto.” G1.

Los primeros usos del misoprostol provinieron de los/as ginecólogos/as que trasladaron su utilización para la inducción de HMYR a la inducción de abortos con feto vivo. En ese proceso, también administraron la medicación para dilatar el cuello del útero en la realización de legrados. En un primer momento, las dosis que usaban en ginecología estaba relacionada con la evolución del caso, al ser realizados en el marco de una internación hospitalaria. Cuando la práctica clínica extrapola el hospital y comienza a utilizarse el fármaco en la atención primaria, los/as profesionales les explicaban a las mujeres cómo era el procedimiento y luego ellas lo realizaban de forma ambulatoria.

En los [abortos] que hemos hecho, yo les daba de tomar, no sublingual porque no sabía la cantidad que se podía utilizar, de tomar, una. A las dos o tres horas tomaba otra y le ponía una o dos en la vagina depende de cómo notaba el cuello; si el embarazo era muy chiquito. G2.

Viste que te ponen cuatro [pastillas] sublingual, a la hora si no pasa nada, te ponés otras cuatro [pastillas]. Quién lo hizo, no sé. G3.

Con el pasar de los años las dosis fueron cambiando. En algunos lugares, “entre 2007 y 2012 usábamos los 800mg.” G1, sostiene una ginecóloga sobre las cuatro pastillas de misoprostol. En otros, comenzaban a probarse posologías entre médicos/as generalistas y ginecólogos/as mientras las dosis iban cambiando.

La dosis que usaban en la maternidad eran dos comprimidos intravaginales y uno vía oral. Y así era... La verdad que yo lo miro y me veo recetando, y la verdad que es un desastre. Igual, así y todo, funcionaba. Me parece que lo que pasaba era que tardaban más en evacuar... [...] Después en un momento, una ginecóloga muy copada me dice de la dosis de una [pastilla] cada cuatro [horas] [...]. El proceso era larguísimo, imagínate. Ahora ponés cuatro comprimidos intravaginal. Imagínate uno. Era largo, tardaba un día y medio en evacuar [...]. Durante todo el transitar en la residencia, fue mejorando. De ponerle dos pastillas por las dudas, por miedo, a poner las cuatro cada cuatro horas. MG2.

En 2007, con la guía técnica de ANP y las consejerías de reducción de riesgos y daños, cobran fuerza los cambios sobre cómo atender los casos de aborto en el sistema de salud y, por ende, las discusiones en relación a las dosis y las indicaciones asociadas a su uso, que no se refieren solo a la cantidad de comprimidos o el intervalo horario entre estos, sino también a las vías de administración. Por ejemplo, algunos/as de ellos/as recomiendan la vía sublingual:

Por una cuestión de que es mucho más cómodo para las mujeres y después, que se yo, cuando empiezan a sangrar y se tiene que poner la dosis es más problemático. Nos resultaba más problemático. Y por otro lado porque la verdad es que con sublingual cada 3 horas, veíamos que teníamos mejor respuesta, que era más fácil. G4.

A su vez, también es posible encontrar una discusión entre los/as profesionales respecto de cómo la cantidad de semanas transcurridas repercutía en el tamaño del saco gestacional y, como consecuencia, en la dosis de misoprostol. Aunque en la actualidad se puede utilizar la droga tanto en el primer como en el segundo trimestre, con un cambio en la posología, en esta fase se creía que no era conveniente usarlo luego de la octava semana.

Teníamos como la recomendación de boca en boca, que no fuera mayor a 8 [semanas]. Imaginate el susto. Hoy se podría hasta 12 [semanas]. Me parece que el límite lo pone más la condición embriológica y subjetiva, digamos. Es che, hagamos, a ver... Lo que uno despide a las 6 semanas no es lo mismo que despedís a las 8 [semanas] ni a las 12 [semanas], ni hablar cuando es más. MG2.

Años más tarde, algunos de estos aspectos de la controversia sobre el uso de la medicación comenzaron a saldarse. Hasta aquí, la discusión entre los/as profesionales de la salud radicaba en: la cantidad de comprimidos de misoprostol que debían utilizarse para interrumpir un embarazo, el intervalo horario entre ellos y la vía de administración. En las narraciones realizadas por las usuarias, encontramos un último dilema. En algunos casos les colocaron las pastillas directamente en el consultorio y, en otros, les explicaron cómo usarlas, a la vez que volvían a aparecer una serie de indicaciones.

Ella [la médica] me dijo que comprara la tableta entera, como que te dijera una proporción 4/3, o sea cuatro [comprimidos] intravaginales, tres por boca y esperar, sobre todo en posición horizontal, con las piernas para arriba en caso de sentir dolor y al rato sentí como si fuera contracción y nada más, o sea que no expulsé, no tuve sangrado. Ella me dijo que, por ahí, porque estaba un poco avanzado, estaba muy afianzado, pero no lo sabía. MU4.

Cuando la médica que la atendió le dijo que el aborto no se había realizado pero que no sabía por qué, fue al hospital más cercano donde constataron que el embarazo se había detenido, pero no había sido expulsado. Por lo tanto, debió someterse a un legrado. Aunque dice haberse sentido observada, relata que fue una experiencia difícil pero positiva porque el aborto sucedió. Al hablar de la dosis de misoprostol, sostiene que “lo pienso a la distancia y es una invasión total.” MU4.

A continuación, nos centraremos en cómo se ha construido la información en torno de las posologías entre las mujeres que lo utilizaron, aunque allí también podamos rastrear la emergencia de estas discusiones del ámbito profesional. Es decir, en esta fase aún es clara la flexibilidad interpretativa en relación a la droga como método abortivo por parte de los grupos sociales relevantes. Ahora bien, la discusión sobre el uso de la medicación no es específica de los/as efectores/as de la salud, sino que es construida por todos los actores presentes en la controversia. Es por ello que, a continuación, nos centraremos en problematizar cómo fue la circulación de las indicaciones asociadas al uso del misoprostol por fuera de la esfera sanitaria.

Las indicaciones que construyen las mujeres

Las indicaciones sobre la medicación no circulan solo en los hospitales y centros de salud. En esa clave, buscaremos desentramar la construcción del aborto medicamentoso a partir de las redes que tejieron las mujeres en la búsqueda de interrupción de sus embarazos por fuera de esos espacios. En un primer momento, podemos sostener que hay diferentes caminos que recorren algunas indicaciones: a través de amigas, familiares, conocidas. “Ella [una amiga del novio] me explicó todo, me dijo que tenía que ponérmelo la noche antes de dormir.” MU9. Otras, por compañeras activistas que empezaban a conocer el uso de la medicación e indicarlo. Una de ellas se comunicó con una referente de una colectiva feminista y, según sus instrucciones, “me puse una y me tomé una.” MU13. Sin embargo, solo hicieron referencia a la dosis y no a los efectos de la medicación, por lo que relata que “no me dijeron ‘esto te va a pasar’. A ver, no había información...” MU13. En esta década, donde comienza a fluir en mayor medida la existencia del misoprostol, aún era complejo acceder a las advertencias necesarias para su uso, por lo que las mujeres buscaban diferentes estrategias para saber cómo funcionaba. Por ejemplo, quienes vendían las pastillas también daban indicaciones. Una mujer compró las pastillas de Oxaprost a partir de un número de teléfono que consiguió por internet. Cuando realizó el intercambio del dinero por la medicación, se las entregaron envueltas en una fotocopia dónde decía:

Onda ‘yo no me hago cargo si te pasa algo’ como introducción [...], decía ‘recuéstese, ingrese las pastillas hasta cierta cavidad vaginal, insértese dos pastillas’, decía, ‘quédese acostada por unas horas, si al cabo de 8 horas no siente

molestias y no hubo pérdidas, inserte las otras dos. Trate de mantener el cuerpo en reposo’, onda ‘no vayas caminando’ por si bajaba la pastilla. MU12.

Me encontré con esta chica [quien le vende las pastillas], me las dio, eran cuatro, me dijo que ‘lo mejor es que te las pongas por medio vaginal’. Algunos dicen que son dos por medio vaginal y dos tomando. Leyendo e investigando por Google dije ‘me las voy a meter vía vaginal’. MU2.

En esas investigaciones por internet se encontraron nuevamente con los foros donde circulaba no solo la venta clandestina de la medicación sino también los consejos sobre el mejor proceder en la inducción del aborto.

Había diferentes formas. Algunas [mujeres] hacían dos [pastillas] por medio intravaginal y otras oralmente. No sabía si hacerlo de esa manera o hacerlo de la otra, pero había más [relatos] de las que lo habían hecho de la forma vaginal y había salido todo bien, así que fui por esa. Casi todas en la misma línea, casi todas habían pasado por lo mismo que yo. Lo que sí, algunas un poco peor, con mucho dolor y que después, lamentablemente, no les iba bien, eso no sé si era por el organismo o por qué. MU2.

En todos los espacios que transitan las mujeres –estos foros incluidos– ayudan a que circule la información. Se comparten sus experiencias y las indicaciones para ello. Relatan sus prácticas, sus dolores, sus miedos. Recomiendan qué comer y qué no. Cuántas horas había que permanecer acostada o la importancia de mover el cuerpo.

Era tratar de no ir al baño, de no levantarte, de no moverte, de tomar mucha agua, tratar de no comer cosas que te puedan caer mal o pesadas y tener siempre el número de emergencia a mano, por si las cosas salían mal. Te podías desmayar y esas cosas, se decía, que te iba a bajar mucho la presión, que necesitabas estar acompañada siempre con alguien de confianza. MU2.

Y esa información que circula resulta desesperante para algunas y tranquilizadora para otras. También comparten sus conocimientos, aunque algunos tienen relación específicamente con el uso, y otros con las medicaciones asociadas.

En un momento me dijeron mis amigas ‘no tomes Ibuprofeno’, ponele, porque eso podría llegar a contrarrestar el efecto de lo que estaba buscando. No tengo ni idea si eso es así o no, nunca más me lo pregunté, son dudas que nunca saldé. Si te duele entonces no te tomes el Ibuprofeno, porque puede llegar a ablandar la zona y no generar la contracción. Sigo desconociendo científicamente qué es lo que ocurre ahí, pero eran dudas que iban surgiendo, sentía dolores, pero no pasaba nada, o ibas al baño y no pasaba nada ¿estaré yendo por el buen camino? ¿estará funcionando? Era una duda. MU4.

Así, junto con las posologías aparecían las indicaciones. La actividad corporal para estimular las contracciones. El ibuprofeno para los dolores. La asistencia a un hospital en caso de un sangrado abundante y riesgo de hemorragia. Tanto los posibles usos de la medicación como las indicaciones asociadas al mismo y los riesgos posibles frente a la necesidad de asistir a una guardia hospitalaria fueron sistematizados por las colectivas feministas de la época.

El movimiento feminista y el uso del misoprostol

Así como las mujeres intercambiaban información sobre la forma de uso del misoprostol a partir de sus redes, de los foros de internet y de los contactos de los que disponían, otro canal de circulación en constante crecimiento fueron las organizaciones feministas. En estas páginas nos interesa recuperar las experiencias de las feministas que comenzaron a articular no solo la circulación de la información sino la producción de saberes y el incipiente acompañamiento en casos de aborto medicamentoso que tomará protagonismo en la década siguiente. Para ello, comenzaremos con el relato de una red que se formó en Mar del Plata, a mediados de la década del 2000, con el fin de acompañar la interrupción de la gestación de una niña víctima de una violación intrafamiliar:

A la hermanita de una vieja compañera de militancia la viola el padrastro. Una secuencia muy terrible y queda embarazada. Una pibita muy muy chiquita. No sé si decirte 12 o 13 años, ponele. Y me acuerdo que se armó una red increíble para juntar plata. La compañera viajó con su hermanita a la casa de una compañera en Buenos Aires, y la acompañaron a hacerse un aborto con misoprostol en una casa allá, porque acá no sabíamos cómo. Entonces en ese momento era bueno... sí, sabemos que se puede, que existe, que no da para meterla en una clínica. En Buenos Aires ya había otra red, había médicas. Nosotras en ese momento estábamos muy en contacto con Feministas Inconvenientes. Y entonces desde ahí ya teníamos información de que esto existía, de que funcionaba, pero lo que nos faltaba era como la red de profesionales, especialistas, sean profesionales médicos o compañeras que sepan cómo manejar la cuestión [...]. Y estuvieron ahí, hizo todo el proceso ahí. Y me acuerdo que la pasó mal, era muy pibita. Pobre. Entonces, eso, escalofríos. Me acuerdo que todo el relato decíamos 'la puta madre'. Pero bueno, volvieron juntas y con el tema resuelto. Y estamos hablando seguramente 2006 o 2007. Y eso... sabíamos que existía, sabíamos que era seguro, que funcionaba y que era seguro allá. Acá todavía no. No teníamos esa... Ahora que lo pienso, debe haber sido ese mi primer acercamiento, por eso te decía que sí sabía que venía del ámbito de la militancia. Pero acá no sabíamos ni donde

conseguirlo, ni sobre todo cómo acompañar en términos de lo que podía pasar con esa niña. Y allá sabíamos que había una red a disposición para acompañarla. Y acompañarla en esta, recibirla en una casa y acompañarla los días que haga falta para que haga todo el proceso. Sentimos que era mucho más seguro que sea de esa manera. MF4.

En esta década comienzan a formarse las redes de acompañamiento para el uso del misoprostol que crecerán hasta tomar protagonismo en los años siguientes. Las feministas empiezan a intercambiarse los datos de aquellas que sabían cómo realizar un aborto medicamentoso. Y esos datos empezaron a organizarse: en tablas, en trípticos, en libros. Los asesoramientos dejaron de ser entre conocidas y comenzaron a transformarse en estrategias de militancia cotidiana, en prácticas políticas, en ejercicios de sororidad. Así, empiezan a formarse las redes que asistieron a miles de mujeres durante los años siguientes e, incluso, les explicaron a muchos/as profesionales de la salud cómo utilizar el misoprostol de manera segura. Le disputaron una batería de conocimientos a la medicina hegemónica y, sobre todo, comenzaron a ganar espacios dentro del sistema sanitario.

Con la emergencia de la necesidad de difusión y acompañamiento en el uso seguro del misoprostol, una de las primeras formas que toman estas redes, fue a partir de líneas telefónicas que brindaban información, no solo en Argentina sino también en varios países de América Latina (Drovetta, 2014).⁴² En casi todos los países latinoamericanos, el asesoramiento y la formación en el uso seguro del misoprostol fue a través de Woman on Waves, una ONG europea (Drovetta, 2015).⁴³ No obstante, “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” (Vázquez & Szwarc, 2018, p. 167).

Teniendo en cuenta estos aspectos, nos interesa analizar cómo fue la construcción de las posologías al interior de las tres experiencias de articulación más importantes de Argentina y cómo gestaron una política de difusión de lo que denominarán ‘uso seguro de la medicación’: la Campaña, Lesbianas y Feministas, y el Socorro Rosa.

⁴² “Las líneas telefónicas que ofrecen información, consejo, asesoramiento, ayuda, etc., son un recurso con importantes antecedentes. Muchos países de Latinoamérica han implementado el sistema de consejería telefónica para atender todo tipo de consultas: asistencia al suicida, líneas que ofrecen información sobre VIH/Sida y salud sexual y reproductiva, atención frente a embarazos inesperados, atención a madres solteras, a víctimas de violencia y/o violencia sexual, etc.” (Drovetta, 2014, p. 287).

⁴³ “Mujeres sobre las Olas es una organización no lucrativa involucrada con los derechos humanos de las mujeres. Su misión es prevenir embarazos no deseados y abortos insalubres a lo largo del mundo”. Disponible en <https://www.womenonwaves.org/es/> Consultado el 11/06/2021.

En 2005 se forma la Campaña por el derecho al aborto que es también el contexto. Así que es importante mencionarla como hitos que favorecen al tema del uso del misoprostol y a que cada vez más profesionales lo usemos, lo recomendemos, estudiemos como son sus efectos, confiemos, nos apropiemos, ¿no? MG1.

La primera reunión de la Campaña fue el 14 de mayo del 2005 en Córdoba y se lanzó públicamente el 28 de mayo de ese año.⁴⁴ A grandes rasgos, su propuesta se centraba en impulsar un proyecto de ley que legalice el aborto en Argentina. No solo propiciar la discusión parlamentaria sino también las estrategias de difusión del mismo en cada una de las presentaciones (Bellucci, 2014). Es decir, las discusiones dentro de la organización no se centraban en las formas en que las mujeres abortaban sino en las estrategias de legalización. Aunque se tenía conocimiento de que utilizaban métodos insalubres para interrumpir sus embarazos (como la ruda y el perejil) o se sometían a abortos clandestinos en pésimas condiciones de higiene, no era parte de sus objetivos la discusión sobre los métodos abortivos. Esta aclaración resulta trascendental porque, en el 2007, atraviesa una de las reuniones plenarias nacionales la discusión sobre si se debía proporcionar información sobre el uso del misoprostol o no.⁴⁵ En ese momento, “algunos sectores pensaban que difundiendo el uso seguro de misoprostol nos alejábamos del reclamo por el aborto legal.” MF1. La discusión se centraba en esa falsa dicotomía: la discusión sobre la ley de IVE o la difusión del misoprostol como un método abortivo seguro para las mujeres.

2007 es la plenaria más dura en que hay como dos bandos. ‘Nosotras la Campaña’ estamos luchando nomás para que tengamos la ley de aborto legal, seguro y gratuito. Y un montón de otras que decíamos ‘y en el mientras tanto, ¿qué hacemos?’. O sea, no puede ser que la Campaña no se organice también para las personas que en este momento no van a acceder a un aborto legal, porque la ley todavía no la tenemos y no sabemos cuándo la vamos a tener y puedan acceder a una información sobre el uso seguro del misoprostol que sabemos que genera abortos seguros, que las mujeres no se mueren por usar misoprostol. MG1.

Luego de arduas discusiones, finalmente se termina aprobando una inversión de fondos de la Campaña para realizar folletos con el objetivo de repartirlos en el Encuentro

⁴⁴ Sobre la historia de la Campaña se puede consultar (Bellucci, 2014; Tarducci, 2018; Zurbriggen & Anzorena, 2013), y sobre los significantes sociales y políticos de los pañuelos verdes como emblema de la misma (Ramírez Morales & Felitti, 2020).

⁴⁵ La forma de organización de la Campaña se centraba en reuniones nacionales de trabajo en plenario donde se tomaban las definiciones más importantes en torno a la estrategia política. A la misma asistían integrantes de todo el país, duraba uno o dos días, y la sede rotaba para garantizar la participación federal. Además, existía una lista de mails donde sucedían gran parte de los debates.

Nacional de Mujeres de Córdoba de ese mismo año. No obstante, al momento de comenzar con la confección del mismo, se desencadenan otro tipo de discusiones claves en relación a la posología del artefacto.

Hubo un folleto. O sea, hubo dos folletos porque había como distintas bibliotecas médicas [...]. Recuerdo que hicimos 10.000 de cada uno. Y lo recuerdo porque yo estaba en la comisión de articulación.⁴⁶ Y era una de las [comisiones] que tenía que ver con el tema de las impresiones y además fue la salida salomónica que encontramos en la plenaria de la Campaña. Porque no, porque el uso es así, no porque son 4 [pastillas], no porque son 12 [pastillas], no porque esto... Bueno. Hacemos los dos folletos por favor. Uno hablaba de 4 pastillas y el otro... en realidad los dos hablaban de 4 pastillas me parece. Pero uno insistía más con los controles y con una sola vía de ingreso y en la otra hablábamos de distintas vías de ingreso. Pero hasta aquí, hablábamos de 4 pastillas MF1.

● QUIENES NO DEBEN USAR ESTA PASTILLA?

No se recomienda el uso del oxaprost en mujeres que:

- Tengan alguna enfermedad que afecte la coagulación de la sangre o tomen medicamentos que afecten la coagulación de la sangre.
- Tengan anemia severa
- Exista la sospecha de que el embarazo se encuentra fuera de lugar (embarazo ectópico)

Si consumis aspirina frecuentemente, antes de usar estas pastillas suspende el uso por una semana, ya que sino puede ser más abundante la hemorragia.

Si estás amamantando, es prudente que te extraigas y deseches la leche durante las 24 horas que siguen a la utilización del misoprostol para prevenir la posibilidad de cólicos o diarreas en el/la bebé/beba

Te recomendamos que no atravieses este proceso sola, sería bueno que en lo posible te acompañe alguien de tu confianza. Aunque el resultado sea un aborto completo es importante que te realices el control médico dentro de los 15 días después del uso de la pastilla. Este control es sencillo, constará de un examen ginecológico y muy probablemente una ecografía. En el control no es necesario contar que usaste la pastilla, puedes decir que la hemorragia comenzó espontáneamente, no hay manera de comprobar la utilización de esta pastilla.

● ANTES DE USAR LAS PASTILLAS ES IMPORTANTE SABER QUE:

- Oxaprost es el nombre comercial de un medicamento que contiene misoprostol (200 microgramos) y diclofenac (50 miligramos).
- El misoprostol, produce contracciones uterinas y por eso provoca el aborto. El diclofenac es un analgésico (o sea para los dolores) y no es el que produce el aborto.
- Luego de la primera falta de la menstruación, confirmá el embarazo con un test de embarazo.
- **El mejor momento para utilizar esta pastilla es alrededor de la segunda falta de menstruación y lo mejor es no pasarte de la tercera falta.**
- Otra forma de calcular cuándo utilizar las pastillas es contando desde el primer día de la última menstruación, usarías entre los 49 a 63 días después del comienzo de la última menstruación o sea entre la séptima y la novena semana de embarazo
- **En estas semanas es más efectivo y existe menor riesgo de hemorragia abundante.**

PARA EL FUTURO

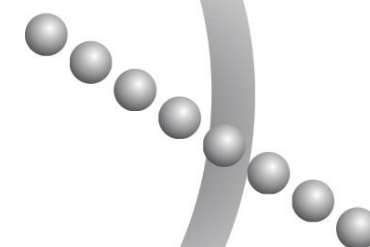
Es importante que tengas en cuenta que alrededor de 15 días después del aborto vuelves a ovular, por lo tanto puedes quedar embarazada nuevamente.

Desde el año 2003 existe el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley Nacional 25.673), por el cual el Estado debe garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y atención relacionados con la planificación familiar.

Por lo tanto podés concurrir, lo antes posible, al Centro de Salud u Hospital más próximo a solicitar atención anticonceptiva que incluye la entrega gratuita del método que elijas.

Si tenés menos de 18 años también tenés derecho y podés exigir la atención y entrega gratuita de anticonceptivos aún concurrendo sin adultos a la consulta.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO CON PASTILLAS



Existen distintas maneras de realizarse un aborto, investigaciones recientes muestran que cada vez más mujeres usan este producto, dado su menor riesgo y costo en relación a otro tipo de prácticas.

La prohibición del aborto nos obliga a recurrir, con nuestra decisión, a esta alternativa. Pero también con nuestra decisión y nuestra lucha conseguiremos la legalización del aborto, que se realice en los hospitales, al igual que en muchos otros países donde es legal desde hace ya tiempo. Porque la clandestinidad, el sometimiento, la hipocresía y la mentira enferman y matan.

Si tenés algún/a profesional de confianza, podés preguntarle cómo tratan a las mujeres con abortos incompletos en el servicio de tu zona y cuál es el servicio más amigable. Y proponerle leer juntas/os el folleto

3 Folleto de difusión de la Campaña (lado A)

⁴⁶ Así como existían las reuniones nacionales donde se tomaban las definiciones políticas más importantes, la organización de la Campaña constaba de diferentes comisiones de trabajo. Justamente, la 'comisión de articulación' era el espacio que debía sostener que las decisiones políticas se llevaran adelante.

● MODO DE USO ANTES DE LAS 12 SEMANAS DE EMBARAZO

Hay diversas formas de utilizar estas pastillas, la más conocida y la que da mejores resultados es la vía vaginal. Una desventaja de esta manera es, que si es necesario el control médico inmediatamente después de su uso y no es en un lugar amigable tendrías que verificar que no haya restos de pastillas en la vagina. Antes de hacerlo lavate muy bien las manos, utiliza un cepillo para las uñas, abundante agua y jabón. En general con la hemorragia suelen perderse los restos de pastillas que pudieran quedar.

COMO HACER?

Antes de utilizar las pastillas realízate un lavado vaginal profundo con agua hervida (dejala llegar a temperatura ambiente después de hervirla).

Luego colócate 4 pastillas en la vagina (estas pastillas humedecelas antes con el agua previamente hervida y cuando esté a temperatura ambiente), empujándolas bien hasta el fondo. Luego te quedas acostada por unas tres horas, como mínimo, para que no se caigan las pastillas.

Otra forma de uso es colocar 4 pastillas, 2 de cada lado, en los costados de la boca, contra la parte de adentro de las mejillas (cachetes) y deja que se disuelvan durante 1 (una) hora. Pasada esa hora podés tragar los restos de las pastillas que queden con un poco de agua.

Independientemente del modo que elijas vas a tener contracciones uterinas y comenzar con pérdidas. Esto puede ocurrir en un lapso de 2 a 10 horas.

Aclaración

Pueden decirte que el modo de uso es oral o sublingual, si bien ha habido mujeres que tuvieron buenos resultados, se ve que colocándolas en la vagina o en la boca el resultado es mejor.

● QUÉ PUEDE SUCEDER...

- Se elimina todo, y termina la hemorragia. (dura por 7 a 10 días una pérdida similar a una menstruación).
- Eliminación en parte, por lo cual quedan restos y sigue la hemorragia abundante. Entonces, no demores en concurrir al hospital donde en general efectuaran un raspado para terminar el aborto ya comenzado. A veces se elimina parte, y seguís con poca hemorragia pero con muchos dolores, en esos casos también debes ir al hospital. En todos los hospitales públicos están obligados a atenderte y a tratarte bien. No estás obligada a decir qué hiciste, si es mejor que informes desde cuándo empezaron tus síntomas.
- No pasa nada o hay sólo una pequeña pérdida de sangre, en este caso repetí 4 pastillas por la misma vía a las 24 horas de la dosis anterior. Si tampoco hay resultado se puede repetir por tercera vez, también esperando 24 horas
- Si tampoco resulta, no hay que continuar con el embarazo (realizándose un aborto en un consultorio) ya que, aunque bajas, existen posibilidades de malformaciones fetales.

● QUÉ MÁS PUEDE PASAR?

- Náuseas, vómitos, diarrea, estos síntomas no duran más de 2 horas y son leves. Te ayudará tomar abundante líquido y comer liviano.
- Luego de usar las pastillas puedes tener fiebre, no supera los 38° y pasa pronto. Si tienes 38° por más de 24 horas o más de 38° consulta a un/a médico/a.
- En ocasiones el dolor de panza es intenso, pero muy parecido al dolor menstrual. Si esto sucede puedes tomar paracetamol de 500 miligramos o ibuprofeno de 400 miligramos.
- No tomes aspirina ni alcohol ya que pueden aumentar la hemorragia y es más difícil detenerla.

NOTA: Se considera hemorragia abundante cuando necesitas cambiarte dos a tres toallas sanitarias completamente saturadas de sangre en un tiempo menor de una hora y por dos horas seguidas.

● MODO DE USO ENTRE LAS 13 Y LAS 20 SEMANAS DE EMBARAZO

En el segundo trimestre del embarazo puede utilizarse el misoprostol, pero existe mayor riesgo de hemorragia abundante, por lo que resulta necesario que seas seguida por un/a médico/a.

Las dosis que recomienda la FEDERACION LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (FLASOG) son las siguientes:

EMBARAZO DE 13 A 15 SEMANAS (91 A 105 DÍAS)

- 2 pastillas profundas en la vagina, si no hay respuesta se repite la misma cantidad (2 pastillas) a las 12 horas. Si pasan 12 horas y no existe respuesta se duplica la cantidad (4 pastillas profundas en la vagina). Hay que tomar las mismas medidas respecto del lavaje vaginal y humedecimiento de las pastillas indicado para el uso entre 7 y 9 semanas.

EMBARAZO DE 16 A 20 SEMANAS (106 A 140 DÍAS)

- 1 pastilla profunda en la vagina, si no hay respuesta se repite la misma cantidad (1 pastilla) a las 12 horas. Si pasan 12 horas y no existe respuesta se duplica la cantidad (2 pastillas profundas en la vagina).



4 Folleto de difusión de la Campaña (lado B)

Para armar este tríptico fue convocada una médica generalista entrevistada en esta investigación que ha participado activamente en la Campaña. Aunque no recuerda exactamente qué materiales utilizaron sostiene que:

[En 2005] empezamos a estudiarlo [al misoprostol]. Yo me iba a la casa de una compañera todo un día a estudiar, a mirar en un internet de teléfono, de esas líneas que [hace el ruido que se escuchaba cuando levantabas el teléfono de línea fija y estaba conectado a internet] y buscábamos algunos documentos y todo y bueno... a ver cómo es el uso del misoprostol y a estudiarlo juntas porque nunca... yo no lo conocía. MG1.

Aunque se comenzó a difundir el uso del misoprostol desde la Campaña con este tríptico, nunca fue una postura común hacia adentro. En los años siguientes diferentes grupos que se encontraban dentro de la misma comienzan a crear colectivas de acompañamientos en abortos con misoprostol, pero no se incluyen como una estrategia propia de la Campaña.

La Campaña seguía sin aceptar del todo el tema del acompañamiento. Era como bueno... si ustedes lo quieren hacer, lo hacen. No mucho más. Después la Campaña, o algunas compañeras de la Campaña, empiezan a fomentar eso de que el socorro era una estrategia de la Campaña, pero eso nunca fue así. No fue una estrategia pensada por la Campaña. Hay un grupo de organizaciones que son parte

de la Campaña que hacen acompañamientos. Pero la Campaña no hace acompañamientos. Nosotras vamos por el aborto legal. MF3.

Estas discusiones internas de la Campaña sobre el uso del misoprostol resultan interesantes porque se entran específicamente con el análisis de la construcción del artefacto. En los debates sobre el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo en 2018 el misoprostol cobró un fuerte protagonismo. Aunque lo analizaremos en la próxima fase, ocurrió debido al lugar central que tomaron grupos sociales relevantes como Socorristas en Red o la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.

Ahora bien, aunque en la ley de IVE votada por el Congreso Nacional en 2020, el método recomendado es el misoprostol, no siempre tuvo esa centralidad, sino que fue un proceso de construcción donde, en algún momento, no estuvieron todas las posturas de acuerdo. Dar cuenta de cómo se suceden estas discusiones en la Campaña no nos interesa particularmente en relación al debate político interno de por sí, sino a la indagación de las diferentes interpretaciones en relación al rol del artefacto en cuestión. En este sentido, el misoprostol se construye de otra manera en la fase siguiente, y lo que nos interesará analizar es quiénes comienzan a construir su significado en esa clave. Esto quiere expresar algunos interrogantes, ¿cómo y por qué se saldan estos debates sobre la centralidad del misoprostol? ¿Son la OMS y la evidencia científica actores centrales como se propondría presentar a partir de una construcción lineal de la tecnología o podemos considerar a las experiencias de las mujeres y las redes de acompañamiento feministas como fundantes de esa centralidad?

En relación a estas preguntas es que resulta pertinente recuperar las experiencias de colectivas feministas de acompañamiento. Un caso son las líneas de información telefónica sobre aborto seguro. Estas se consideran:

[...] herramientas destinadas a informar telefónicamente a las mujeres sobre cómo hacerse un aborto con misoprostol y funcionan en países en los que el acceso a los servicios de aborto seguro está restringido. Son de consulta anónima y no es requisito ser mayor de edad para utilizarlas. Es una herramienta de acceso relativamente fácil en términos económicos para quienes pueden utilizar una línea telefónica, fija o móvil, ya sea para realizar una llamada o bien para enviar un mensaje de texto solicitando que se las llame (Drovetta, 2014, pp. 287-288).

En Argentina, la línea telefónica con estas características, creada por Lesbianas y Feministas, se lanzó públicamente en el año 2009, pero comenzó a gestarse el año anterior a partir de un encuentro con personas que formaban parte de la línea de Ecuador. A partir

de los relatos de otros colectivos latinoamericanos, algunas activistas comienzan a juntarse con dos intenciones centrales: averiguar las implicancias legales de tener una línea en el caso específico de nuestro país y formarse sobre el uso del misoprostol. En relación al primer punto,

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 (Vázquez & Szwarc, 2018, p. 167).

Las estrategias legales de Lesbianas y Feministas eran “nosotras no hacemos abortos. Estamos dando información, la información es pública” MF3. Teniendo esa base, la formación estuvo a cargo, en un principio, de una médica ginecóloga y una médica generalista que realizaron las capacitaciones. “Ahí entendí la importancia de que las personas o los pueblos se puedan dar a sí mismos una educación en cuestiones técnicas. Estuvimos medio año formándonos.” MF2.

Esa capacitación se llevó a cabo con la asesoría de militantes feministas ecuatorianas y la información que había a nivel nacional y regional –desde la Guía técnica de ANP (Ministerio de Salud de la Nación, 2007) hasta las Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo uruguayas–, informes provenientes de organismos internacionales –como la Organización Mundial de la Salud, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, el Consorcio Internacional para el Aborto con Medicamentos y el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro– y colectivos feministas regionales –como la Red Uruguay de Autonomías–, entre otros. Luego de haber resuelto las cuestiones en torno de la formación sobre las indicaciones en torno a la posología de la medicación, un aspecto central del sostenimiento de la línea tenía que ver con el financiamiento que provino, como en el resto de Latinoamérica, de fundaciones internacionales.

Antes del lanzamiento de la línea, sus integrantes se comunicaron con los/as profesionales de la salud con quienes tenían vínculo previo para informarles del número telefónico que estaban por comenzar a difundir.

Yo nunca me voy a olvidar una reunión que tuve con una de las fundadoras de Lesbianas y Feministas. Vino a verme con dos compañeras, una de ellas obstétrica, diciendo ‘nosotras vamos a hacer una línea telefónica que de información sobre misoprostol’. Me acuerdo que le dije ‘estás loca’. Me daba

mucho vértigo. El temor que tenía era que retiraran el Oxaprost del mercado porque había pasado con la anticoncepción de emergencia [...]. Me acuerdo que pensé desde ‘las van a meter presas’ al hecho de que la información no la dieran médicos. A mí se me jugaban algunas cosas, a pesar que había visto gente que sabían mucho más que yo de aborto con medicamentos, no siendo médicos. MG7.

En relación a la pregunta central de este capítulo en torno a la controversia sobre el uso seguro del misoprostol y cómo los diferentes grupos sociales relevantes construyeron la posología adecuada de la medicación, es interesante subrayar aquello que relata la médica generalista sobre que la información solo es confiable si es proporcionada por un profesional de la salud. Pese a estas incertidumbres que oportunamente algunas médicas generalistas les transmitieron, en el 2009, finalmente se lanza la línea.

Yo fui la primera en atender el teléfono y la verdad es que las consignas eran muy claras. Había mucho miedo de qué iba a suceder, teníamos un protocolo de qué pasaba si alguien llamaba y nos amenazaba. Había una señora muy provocadora que nos llamaba todo el tiempo, como que aprendimos a quererla. Las mujeres llamaban por la necesidad de la información precisa. La primera persona que llamó tenía 43 años, tenía hijos, había usado preservativo y también había usado la pastilla del día después. En general, la gente llamaba por información. MF2.

Esta imagen de una telefonista donde, del otro lado, hay otra mujer desesperada en busca de información, se repetirá cientos de veces a lo largo de ese año. A partir del seguimiento de estas llamadas, Lesbianas y Feministas edita el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* en 2010. Sobre este aspecto, Vázquez y Szwarc sostienen que “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” (2018, p. 168). Aunque entendemos que la línea y el libro son parte del mismo proceso, en este trabajo consideramos que dicha ruptura está marcada por la publicación del libro más que por el lanzamiento de la línea. El motivo de esa clave de lectura se sostiene a partir de analizar cómo emerge su circulación en las entrevistas realizadas, dando cuenta de un cambio en las experiencias narrativas de las mujeres. A su vez, el libro se entrama en un conjunto de significados que adquirieron una serie de hechos que sucedieron entre el 2010 y el 2012 que cierran la controversia en torno al problema socio-técnico y tecno-cultural del artefacto y serán objeto del próximo capítulo.

Ahora bien, si tenemos en cuenta las diferencias que habían surgido hacia el interior de la Campaña en relación a la difusión del uso del misoprostol, podemos indagar también respecto de las particularidades del vínculo entre ésta y la línea. El lema de la

Campaña era “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Frente a esa asociación entre el aborto (clandestino) y la mortalidad, es que:

Las fundadoras decidieron distanciarse del feminismo en la mayoría de sus lemas, en la lucha por la legalización del aborto en Argentina. Buscan distanciarse de ideas establecidas como los peligros y muertes asociados al aborto clandestino, con el objetivo de reducir el estigma y el sufrimiento que este genera (Drovetta, 2015, p. 128).

La relación entre el aborto y la muerte no era la única crítica que se hacía desde la línea hacia la Campaña. Según la narración histórica de una entrevistada sobre las discusiones políticas que se sucedieron en esos años, la distancia entre algunas de las integrantes de la Campaña y la línea también se relacionaban con la estrategia legislativa por la legalización del aborto.

Las referentes más históricas de la Campaña no estaban muy de acuerdo con nuestra línea. Yo creo que tenía que ver más con que ellas venían por el lado parlamentario más directo. Sin embargo, nosotras éramos más del lado del activismo. MF2.

A partir de la recapitulación de estas discusiones respecto de la centralidad o no del misoprostol en relación a la legalización del aborto, podemos explorar que, tanto desde la medicina como desde la militancia, en el imaginario de nuestras entrevistadas se manifiesta un proceso de co-producción de conocimientos. Por un lado, surgen las activistas de Lesbianas y Feministas con una línea de acompañamientos de aborto, asesoradas no solo por profesionales de la salud sino también por otras activistas. Por otro lado, los relatos sistematizados a partir de esas llamadas telefónicas convertidas en datos se sintetizan en un libro que representará un antes y un después en la circulación de saberes sobre el uso seguro de misoprostol. Y que, a su vez, luego se convertiría en un insumo para que los/as propios/as profesionales de la salud aprendan sobre el uso de la medicación y comiencen a utilizarlo en sus consultorios.

Cuando sale la línea, fuimos a acompañar al lanzamiento. Nosotras sin entender demasiado qué era el misoprostol. Sí que era un medicamento que servía para abortar. Y que estaba re bueno que se diera esa información y que esa información llegara y que existiera una línea telefónica que atendiera las consultas. Para nosotras eso era como... buenísimo. Pero hasta ahí. MF3.

En cambio, el inicio de la vinculación de la colectiva feminista La Revuelta, en la Patagonia argentina, tiene otra genealogía.

Allá por 2009, nosotras tenemos un acompañamiento que se convierte en un momento de inflexión en nuestra colectiva. Y hoy le digo acompañamiento, pero en realidad lo que en ese momento estábamos haciendo era pasar datos de médicos, de personas, cuando nos consultaban por aborto. No nos consultaban tanto en términos de cómo lo resuelvo. MF1.

Ese acompañamiento bisagra fue narrado en primera persona por las protagonistas en un artículo publicado por las militantes feministas de la colectiva Belén Grosso, María Trplin y Ruth Zurbriegen (2014). Un joven, ex estudiante de una activista de La Revuelta, se comunica con ella por estar atravesando una situación de embarazo no planificado con varias semanas de gestación. Habían conseguido ‘el dato’ de un médico que realizaba la práctica, pero la activista tuvo que trasladarlos hasta el lugar a varios kilómetros de la ciudad. Pese al pago que se intercambiaba por la práctica, la pareja relató haberse sentido sola y violentada. Ella también recuerda la situación con la bronca de saber que el aborto clandestino posibilita la existencia de aquellas personas que tienen las herramientas para resolver una necesidad y se aprovechan de ellas.

Manejé 45 km llorando. Llorando de odio, de rabia, de enojo, sí, de todo eso, y a la vez que lloraba decía, no puede seguir siendo así. O sea, ya tenemos más información del misoprostol, ya tenemos folletos que dan cuenta de cómo se usa, ya venimos trabajando en la Campaña, aunque algunos sectores de la Campaña no querían que difundiéramos folletos del misoprostol con la firma de la Campaña, ¿no? Pero ya veníamos andando un recorrido, no puede ser que sigamos con esta situación. Y fue como... esto tiene que cambiar. MF1.

Ese cambio al que hace referencia fue la creación del Socorro Rosa. Desde La Revuelta tenían claro que no querían ser solo una línea de acompañamiento, lo que representa una gran diferencia con respecto a la línea “Más información-Menos riesgos”. El Socorro Rosa se caracteriza por tener un encuentro presencial, donde las mujeres entran en contacto con otras que están atravesando la misma situación (Burton, 2017b). Un encuentro cara a cara que personifica la experiencia del aborto. En el próximo capítulo nos centraremos en indagar también en cómo esta presencialidad implica necesariamente una articulación nacional donde se generen diferentes dispositivos que puedan acompañar a las personas en los territorios, que se denominará Socorristas en Red.

Una tecnología co-construida

La trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol está atravesada por muchas aristas articuladas a partir de un problema. En nuestro análisis sobre la década del 2000, nos preguntamos acerca de su construcción como un método abortivo seguro y hemos indagado respecto del rol que ocuparon en ese proceso los diferentes grupos sociales relevantes. Examinamos la construcción de significados específicos sobre los fármacos y las particularidades que adquirirían en el caso del misoprostol. En este sentido, hemos puesto el foco en la co-producción de los significantes sobre el mismo, estableciendo el lugar preponderante que tuvieron las experiencias de las mujeres que lo utilizaron durante la segunda y tercera fase de su trayectoria.

En esta clave, hemos podido demostrar que la medicina hegemónica no fue central en la construcción del misoprostol como se creería desde una perspectiva que sostenga que los conocimientos clínicos se crean a partir de evidencia científica o que los artefactos tecnológicos se construyen de manera lineal. Por lo tanto, hemos podido identificar el crecimiento de su uso como abortivo a partir de fines de la década de 1980 en Brasil y a fines de la década del 1990 en Argentina. Este aumento no solo resulta significativo, sino que deja entrever que distintos grupos sociales relevantes interpretan el uso de esta tecnología y comienzan a difundirlo por diferentes medios: folletos, encuentros, de boca en boca, líneas telefónicas, colectivas de acompañamiento, etc. Estas formas de producción de saberes que no encastran necesariamente dentro de la ‘medicina basada en evidencia científica’ llevarán a un proceso de quiebre.

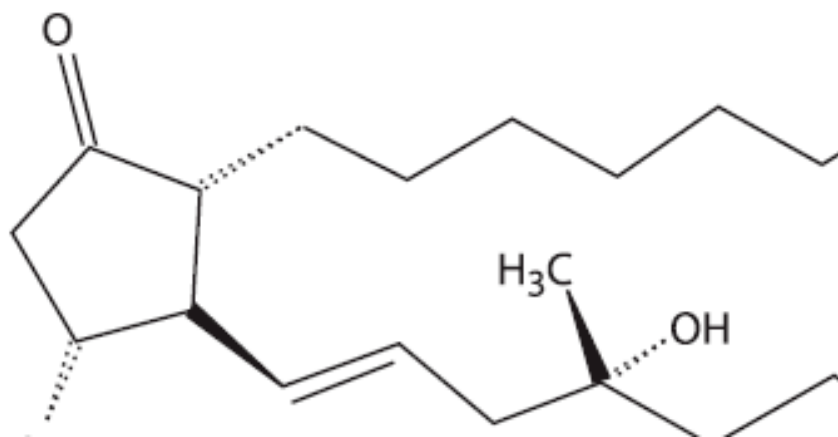
En otras palabras, ya hemos problematizado cómo la primera inscripción de la medicación no se desarrolló prioritariamente dentro del campo de la gastroenterología, sino que extrapoló, por un lado, el campo disciplinar hacia la ginecología y, por otro lado, el universo biomédico hacia las prácticas abortivas de las mujeres. Los/as médicos/as no fueron quienes protagonizaron dicha construcción tecnológica, sino que todos los grupos sociales relevantes analizados hasta aquí formaron parte de la misma. Y, en este caso, la particularidad de que las usuarias también “partan la pastilla” da cuenta de cómo el saber en torno a la manipulación de la medicación trascendió el campo de conocimientos de la clínica.

En la tercera fase analizada en este capítulo pudimos analizar cómo emerge el misoprostol para el uso abortivo tanto dentro del sistema de salud como en las experiencias de quienes lo utilizaron por fuera de este entramado. En el primer caso, se utiliza en algunos consultorios de atención primaria de la salud, por fuera de una indicación institucional y sin la aprobación de la ANMAT como ente regulador de dichas tecnologías. Esta situación trajo consigo la falta de posologías adecuadas para su uso seguro manteniéndose incluso en un área gris en torno de la legalidad de la práctica. En el segundo caso, las experiencias de quienes utilizan el misoprostol como método abortivo por fuera de las indicaciones profesionales dan cuenta de cómo la construcción de las biotecnologías no está anclada en la medicina hegemónica, sino que encuentra otros intersticios donde ubicarse. Por lo tanto, la posología del misoprostol se construyó en el marco de una red abierta y no lineal en la cual se entramaron diferentes grupos sociales relevantes. Diversos sucesos, protagonizados por diferentes actores, establecerán el comienzo de la cuarta fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol.

En el próximo capítulo nos interesa poder indagar particularmente sobre dichos sucesos: la publicación del libro de Lesbianas y Feministas (2010), la publicación del manual de la Organización Mundial de la Salud sobre Aborto sin Riesgos (2012), la sentencia del FAL s/ Medida autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012) y la conformación de Socorristas en Red (2012). A partir de este análisis es posible proponer el cierre de la controversia en torno al uso abortivo del misoprostol como artefacto farmacológico.

Como mencionamos en la Introducción, consideramos que estos hechos pueden representar el comienzo de la última fase de la trayectoria socio-técnica y cultural del artefacto como abortivo en el marco de la ilegalidad. Por tanto, en el último capítulo, haremos referencia a la década que transcurre desde estos sucesos hasta la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, indagando sobre los significados que se le atribuyen al aborto medicamentoso como un proceso seguro, feminista y accesible.

CAPÍTULO 5: Consensos sobre el uso abortivo



El celu está re tranqui...

Nosotras, las “telefonistas” que también abortamos somos la: “Hola ¿las revueltas?”, “Hola Rosa”, “hola señora” (el peor de los nombres), “hola agrupación”, “hola socorro”, o simplemente y a la vez inconmensurable, las “**hola me dijeron que usted me puede ayudar**”.

Somos las que contenemos el primer desborde, las que absorbemos ese primer querer despedir algo, quitarse algo, **esa desesperación que desde ese instante del intercambio telefónico ya empieza a ser aborto**. Las que aliviamos la primerísima angustia de esas mujeres y que en ese mismo instante sienten (porque así nos lo hacen saber) **el alivio de estar siendo escuchadas, ayudadas, acompañadas**. Somos las primeras en advertir la necesidad de ciertos cuidados, de esas palabras que no se dicen, de coordinadas, de puntos y encuentros. Somos las primeras en sentir **ese suspiro liviano cuando entendemos lo que nos quieren decir...** si hasta les veo el rostro y la sonrisa dibujada. Somos el inicio de un acompañamiento, que ellas no dimensionan y nosotras -a veces- tampoco.

Mi experiencia en estos días y entre todo esto, es **sentir el andarle al terreno de lo oscuro, de lo que no se dice**, de claves, de cuidados, de corridas, de alertas y alarmas. Este terreno que nos deja el señor sistema patriarcal, siendo lo que no somos, en el vacío de los consultorios, en ese lugar que el señor machismo no nos deja decir la verdad y estamos hartas de los silencios, de esos silencios que callan nuestras voces pero que con nuestros cuerpos y saberes sepamos que allí hay algo que es posible. Ese terreno en el que también marcamos presencias fuertes, verdes y violetas, con claros impulsos de intervención, provocación, sin dejar de señalar las violencias agitamos gritos de lo que sí podemos.

Somos ese primer eslabón de una cadena, de una articulación, de una red que se extiende y nos extiende, metida hasta las entrañas, **ocupando cada terreno, el más comprometido y primerísimo: el cuerpo**. En un bar, en el super, en una plaza, en una orilla y hasta en las olas, andando y sintiendo esos lugares tan finos, a los que a veces pienso son casi abismos. Tejiendo con todas y entre todas, **ampliamos las redes como pescadoras** en esto que nos empuja, en esto que a veces nos atraganta y que a veces se traga... **cintureando el miedo, la clandestinidad, la yuta y la muerte**, rescatando estas palabras para delatar el secreto de nuestra cotidiana vida.

Somos mujeres que abortamos, que acompañamos, que no callamos, que contenemos, frágiles a veces, invencibles otras, compañeras hasta las tetas. ¡Somos hermanas!”

Publicado por Pupi desde Neuquén en diciembre de 2014⁴⁷

⁴⁷ Disponible en <https://larevuelta.com.ar/2014/12/22/el-celu-esta-re-tranqui/>. Consultado el 22/8/2022

En el capítulo anterior hemos analizado el ‘acuerdo’ en torno a que el misoprostol se puede utilizar para generar contracciones y expulsar un saco gestacional. El problema socio-técnico y tecno-cultural de dicha fase radicó en indagar cuál era la posología específica para la inducción de abortos. Ahora bien, en las próximas páginas nos interesa indagar sobre cuáles problemas de la controversia fueron clausurados y cuáles permanecieron abiertos. Es decir, preguntarnos si la construcción de un consenso sobre el uso abortivo del misoprostol fue suficiente para estabilizar el artefacto. Para ello, nos centraremos en cuatro hechos que suceden entre 2010 y 2012: la publicación del libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, la aprobación de las guías de la Organización Mundial de la Salud, el fallo FAL s/ medida autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y la construcción nacional de Socorristas en Red.

Sobre este período, la Doctora en Comunicación María Belén Del Manzo, en su investigación sobre los sentidos y representaciones sociales y culturales asignados a la práctica del aborto durante el debate parlamentario del 2010-2011, desde un análisis del discurso en tres diarios metropolitanos de circulación nacional (2019), sostiene que, en esos años bajo estudio, el misoprostol comenzó a cobrar un pequeño protagonismo en la prensa argentina en relación a las prácticas abortivas. Sobre el artefacto en cuestión, la investigadora afirma que “tanto *Página/12* como *La Nación* hacen referencia al uso de medicamentos, en particular del misoprostol, para llevar adelante la práctica del aborto solo en vinculación con el campo de la salud y en el caso de los abortos no punibles” (Del Manzo, 2019, p. 188). En esta línea, menciona una nota central de *Página 12* firmada por Mariana Carabajal en octubre de 2011, donde manifiesta que “esta iniciativa es caracterizada como ‘una estrategia de reducción de daños’ frente a la falta de políticas sanitarias por parte del Estado” (Del Manzo, 2019, p. 189), tal como analizábamos en el capítulo anterior.

Pese a lo incipiente de la circulación de la droga en los medios de comunicación, hasta aquí hemos podido reconstruir cómo los diferentes grupos sociales relevantes construyeron posologías en torno al misoprostol como artefacto abortivo en un proceso de flexibilidad interpretativa. En los episodios que analizaremos podremos observar que, a partir de la mediación de cuestiones clínicas, legitimidades institucionales, aspectos legales, accionar de organizaciones feministas, etc., se puede afirmar que existe un consenso en torno al uso de la medicación de forma ambulatoria, donde éstos son

centrales en relación a la estabilidad del artefacto. En estos años, los diferentes grupos sociales relevantes arriban a ciertos consensos en torno a él: el misoprostol, usado de determinada manera, es seguro y efectivo para la realización de abortos ambulatorios.

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. El hecho de que las personas puedan interrumpir sus embarazos de manera segura sin la necesidad de un/a profesional de la salud que realice la práctica será uno de los elementos centrales para pensar dichas experiencias durante la década siguiente. No solo para recuperar aquellas discusiones sobre el poder médico hegemónico (Gérvás & Pérez-Fernández, 2016; Menéndez, 1998), sino porque permitirá observar cómo las colectivas feministas comienzan 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 es clave en relación a la co-producción 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 realiza un folleto que, usando este texto como fuente, circula como guía en los acompañamientos presenciales que realizan.

Por último, consideramos necesario recuperar el fallo FAL como el marco normativo que sustentará a los espacios de acompañamiento tanto dentro como fuera del sistema de salud (y a la vez sus articulaciones). En relación a este período, una militante feminista narra que

Empezamos a formarnos porque el manual tuvimos que estudiarlo, y estudiar las cuestiones legales. Los materiales eran el manual de la OMS, el juramento hipocrático [risas], siempre ellas [las médicas] en el tema de la salud, las cuestiones legales, el ANP, la legislación que había, la doctora aborto, el fallo FAL. Las bases eran esas: el manual de la OMS, el fallo FAL y el ANP, o sea, los resguardos legales que teníamos, que nos permitían hacer lo que queríamos. MF4.

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 cierre

de la controversia sobre el uso seguro del misoprostol. Sin embargo, la controversia en torno al misoprostol como elemento abortivo continúa en la década del 2010 ya que la legalidad del artefacto queda entramada necesariamente con la definición de legalidad del aborto. Por tanto, en este capítulo solo nos focalizaremos en la estabilización de la tecnología en torno a sus posologías.

Fácil, barato, seguro, ¡en casa!: 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.⁴⁸ La misma es construida a partir de experiencias de mujeres que se comunicaron con la línea telefónica, profesionales de la salud con los/as que se entrevistaron y experiencias militantes de otros países de Latinoamérica.



5 Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto (2010, tapa y contratapa)

El libro fue conocido en muchos lugares como “el libro de la Barbie” y resultó un punto de inflexión en relación a 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

⁴⁸ La editorial El Colectivo tiene 15 años de funcionamiento y, según sus propias palabras, editan libros que parten de la acción. En su página web sostienen: “ofrecemos un proyecto franco y abierto desde donde recuperar las tradiciones emancipatorias, para rescatar y proporcionarle un nuevo significado a la palabra y a la historia, para brindar un espacio donde autores y autoras, tendencias o corrientes, metan las patas (o la cabeza)”. Disponible en <https://editorialelcolectivo.com/acerca-de/>. Consultado el 14/12/21.

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, por ejemplo, en el capítulo tres se articulan a partir de las contraindicaciones del artefacto para realizar la práctica:

¿Qué hago si no puedo usar misoprostol y quiero abortar igual? ¿Qué hago si no puedo usar misoprostol y mi embarazo pone en peligro mi salud o mi vida? ¿Qué hago si el/la médico/a se niega a decirme si puedo usar misoprostol o no? ¿Necesito estudios de laboratorio específicos o algún otro estudio antes del aborto con misoprostol? ¿Puedo hacerme un aborto con misoprostol si ya me hice abortos quirúrgicos? ¿Puedo hacerme un aborto con misoprostol si ya me hice un aborto con medicamentos alguna vez? ¿Si soy obesa, tengo que usar la misma cantidad de misoprostol para abortar? ¿Puedo usar misoprostol para abortar si tengo malformaciones en el útero o cirugías en el útero? (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010, pp. 26-27).⁴⁹

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 e incluso graficaba una vagina como referencia para la colocación de las pastillas [ver figuras].

Ejemplo:

Mayo							Junio							Julio												
			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
25	26	27	28	29	30	31	29	30							27	28	29	30	31							

1. Marcá la fecha del primer día de la última menstruación y del día de hoy

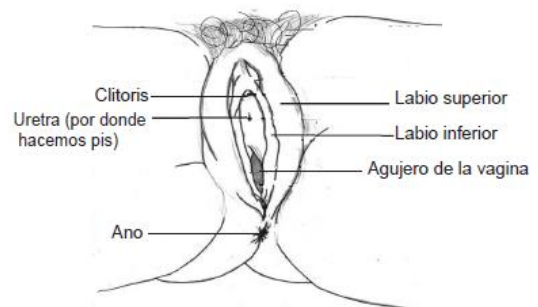
2. Contá los días que pasaron desde esa fecha hasta hoy

Mayo							Junio							Julio														
			1	2	3		1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
25	26	27	28	29	30	31	29	30							27	28	29	30	31									

3. Dividí ese número por 7. Esas son las semanas de embarazo

4. Si el resultado te dá con coma redondea siempre para arriba

6 Figura extraida de la página 32 de libro



7 Figura extraida de la página 37 de libro

⁴⁹ Ver anexo 2 al final del documento.

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’: “Buscar información sobre aborto es legal y es obligación de las/os médicas/os informarte [...]. Además, las/os médicas/os tienen prohibido denunciar a las personas que atienden y que les consultan” (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010, p. 57).⁵⁰

Por otro lado, el libro tenía un valor de cinco pesos –que resultaba barato incluso para la época– y se comenzó a distribuir en espacios feministas: presentaciones organizadas por grupos militantes a lo largo y ancho del país, actividades de difusión del proyecto de ley de La Campaña, entre otras. 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, en un año se distribuyeron los 10.000 ejemplares impresos, es el best seller 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, p. 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

⁵⁰ La Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que se desarrollan sus relaciones interpersonales, donde se tipifica la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales”, recién se había promulgado en el 2009, un año antes de la publicación del libro.

[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 FLASOG y, por otro lado, de mujeres de todo el país que se comunicaron con la línea telefónica. Así como en la segunda fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol hemos recuperado las experiencias de las mujeres brasileras en los primeros usos abortivos de la medicación, el libro también afirma que la constitución del artefacto en esta clave 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, p. 16).

En este sentido, afirma que el misoprostol es seguro para hacerse un aborto ‘en casa’ porque una mujer puede hacerlo ella misma y es fácil hacerlo bien, no es necesaria la internación y son poco comunes las hemorragias y las infecciones (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, 2010). 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 co-producción de saberes entre diferentes actores en relación al misoprostol y el aborto. Por lo tanto, consideramos que el libro no es solo un libro. 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 formó parte de casi todas las experiencias de las mujeres que abortaron luego del 2010, de los grupos de acompañamiento en aborto que se gestaron en los años siguientes y de la formación de los/as profesionales de la salud.

En relación a la articulación entre este último grupo social relevante y las compiladoras de la información, una de las discusiones centrales dentro del colectivo de Lesbianas y Feministas sobre el uso de la medicación fue sobre la recopilación de datos basados en evidencia científica. Aunque en el capítulo anterior desarmamos la idea de la medicina basada en evidencia científica para problematizar la construcción del misoprostol como inductor contráctil, 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 un lado, nos usaron un poco a nosotros 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 convocadas 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 co-producción de saberes en torno al artefacto por parte de las feministas y las profesionales de salud, pero también permite indagar cómo estos grupos sociales relevantes se entranan con las experiencias de quienes utilizaban la medicación en la inducción de abortos.

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 colectivas 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 relación 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 militantes feministas, 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: “para varias mesas [de la Campaña] 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. Una militante feminista del oeste del AMBA sostiene que 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 de nuestras 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 relación a la posología del misoprostol como artefacto abortivo que, en los años siguientes, se establecerá como la ‘forma correcta’ de utilizarlo. De esta manera, el manual forma parte del entramado de actores que se alistan en torno a que un aborto con pastillas es seguro cuando se utilizan 12 comprimidos de 200mg de misoprostol, en 3 colocaciones de 4 pastillas cada una, con un intervalo horario de 3 y 12 horas según la vía, que podía ser vaginal o sublingual –al momento de publicación del libro solo se especificaba el tiempo máximo para una y otra–, teniendo en cuenta las contraindicaciones para el uso de la medicación (anemia severa, problemas de coagulación en la sangre, alergia al misoprostol o al diclofenac y una cesárea menor a seis meses) y los llamados ‘signos de alerta’ (fiebre en aumento, desmayos o hemorragia abundante).

Aborto sin riesgos: la guía 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. En 1997, 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” (Organización Mundial de la Salud, 1997, portada). Pese a las advertencias, presenta un recorrido histórico en torno a las discusiones que se sucedieron en la OMS sobre la cuestión y recupera datos demográficos sobre el aborto inducido como una problemática de salud pública. Un grupo de médicos/as y científicos/as había sostenido dos cuestiones 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, p. 3).

Como consecuencia de estos aspectos, el informe propone 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, p. 22). No obstante, en el último apartado referido específicamente a los métodos de aborto, no menciona el uso del misoprostol solo, sino que recupera el uso de la mifepristona en combinación con las prostaglandinas.

Aun así, los/as profesionales de salud que entrevistamos no refirieron a este informe al ser consultados por su conocimiento sobre los métodos de aborto medicamentoso. Es posible aventurar que se debió a su poca circulación y a que no fue

traducido a nuestro idioma, 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), su segunda edición (2012) y el Manual de práctica clínica que se crea a partir de esta (2014). 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 utilizan 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 sobre el fármaco una serie de indicaciones 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 cuando comenzaron 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

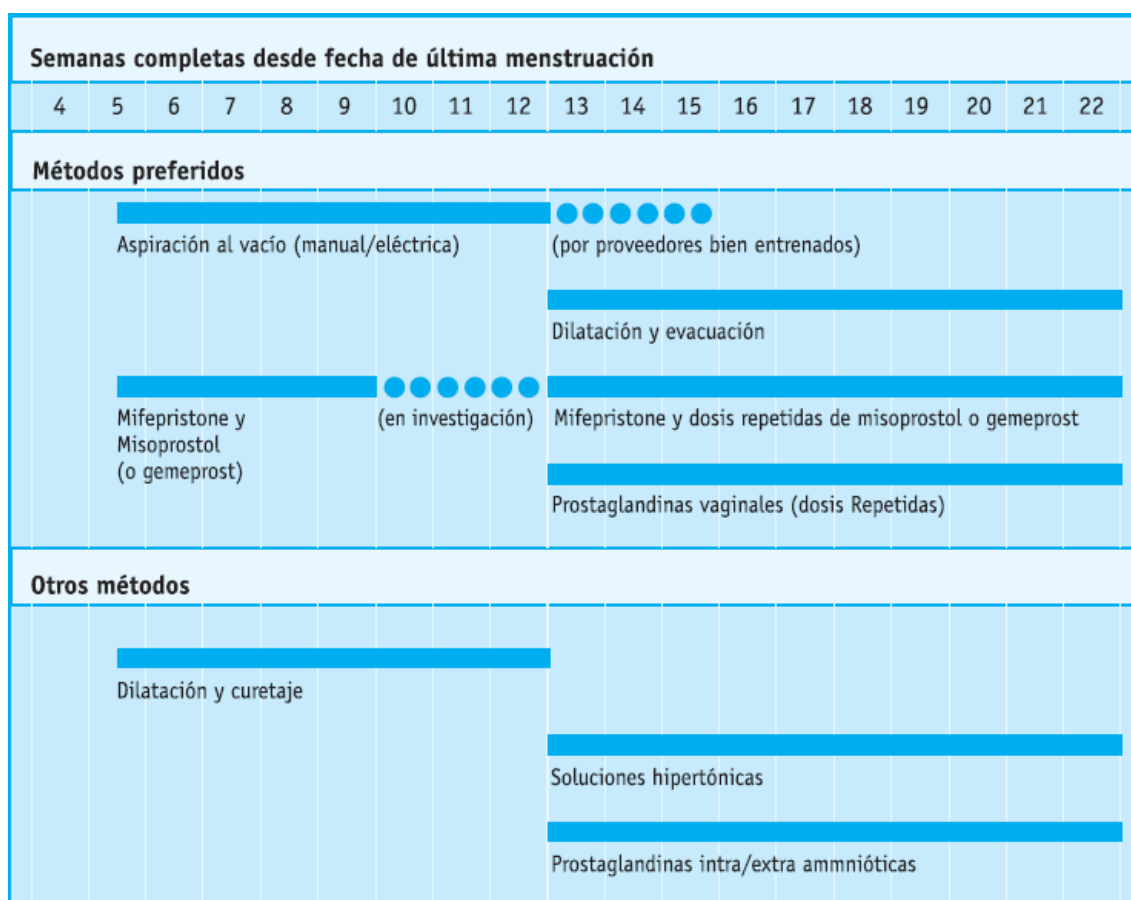
generalista entrevistada comenta que los informes que utilizaban como evidencia científica que sostuvieran sus prácticas clínicas eran

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 rajueando (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. La 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 propone como una primera respuesta desde la OMS a los objetivos del milenio en relación a la disminución de la mortalidad materna. El documento afirma en su introducción que “provee una guía para transformar ese compromiso en una realidad” (Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 9), asociando aborto y mortalidad, como luego recuperan los diagnósticos de las consejerías de reducción de riesgos y daños trabajadas en el capítulo anterior. Aun así, como ya mencionamos, de la mayoría de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud, en muy pocas 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 presenta el siguiente resumen de los métodos para abortar de manera segura:



8 Organización Mundial de la Salud

Tal como sostiene MG7, se presentan 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, hace 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 menciona el uso de misoprostol solo a partir de la semana 12 de gestación. Sin embargo, es importante señalar que el manual del 2003 no indica posologías, sino que se propone 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 responde 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, hay un apartado específico sobre el misoprostol solo. En relación a su uso en embarazos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación, la guía del 2003 sostiene 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, p. 39).

En síntesis, en la guía del 2003 el misoprostol se encuentra asociado al uso de la mifepristona para realizar abortos químicos y no se recomienda su uso sin combinación. Ahora bien, esta recomendación cambia en la guía de aborto sin riesgos de la OMS del 2012. Aunque también sostiene que no es conveniente el uso de misoprostol solo en el caso de estar disponible la mifepristona, a diferencia del anterior, no es solo un manual para la formulación de políticas públicas sino también una guía técnica para los equipos de salud. En este sentido, comienza 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, p. 1).

En este sentido, la profundidad que adquiere esta segunda edición con respecto a la anterior es notable, no solo en relación a la cantidad de información sino a la presentación de los datos. Propone cuatro grandes ejes: el aborto en el marco de los derechos humanos, sus aspectos legales y políticos, la atención clínica, y la planificación y administración de la atención dentro del sistema de salud. En este apartado nos interesa hacer hincapié en el segundo aspecto donde podemos encontrar la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol.

Al igual que la guía de 2003, plantea que el aborto medicamentoso recomendado es aquel que combina la mifepristona seguida del misoprostol, pero a diferencia de la anterior, presenta tanto la posología como la evidencia científica necesaria para el uso del misoprostol solo. En este sentido, realiza 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.⁵¹ Como se puede observar en el cuadro presentado a continuación, en el caso de los embarazos cuya edad gestacional es menor a 12 semanas, ambos indicadores son altos. Sin embargo, en el caso del uso del misoprostol solo luego de la doceava semana de gestación, aunque el vigor de la recomendación es fuerte, la calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado es baja o moderada. En los anexos presentan 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, p. 115).

Continuación de Cuadro 2
Métodos recomendados para el aborto médico
Si no se dispone de mifepristona
<p>Para embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo</p> <p>El método recomendado para el aborto médico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.</p> <p style="text-align: right;">(Vigor de la recomendación: fuerte. Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado: alta).</p> <p>Ver también: Anexo 5, Recomendación 4, página 115.</p>
<p>Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)</p> <p>El método recomendado para el aborto médico es 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.</p> <p style="text-align: right;">(Vigor de la recomendación: fuerte. Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado: baja a moderada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas. <p>Ver también: Anexo 5, Recomendación 6, páginas 115 y 116.</p>

9 Organización Mundial de la Salud

⁵¹ “El vigor de las recomendaciones se determinó a través de la evaluación de cada intervención sobre la base de lo siguiente: (i) los efectos deseables y no deseables; (ii) la calidad de evidencia disponible; (iii) los valores y las preferencias relacionadas con las intervenciones en distintos entornos; y (v) la probabilidad percibida de cambiar la recomendación debido a investigaciones adicionales. En general, una recomendación fuerte con evidencia de calidad moderada o alta indica que las investigaciones adicionales no deben considerarse una prioridad” (Organización Mundial de la Salud, 2012, p. 12).

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, p. 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.⁵² No solo presenta 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, recupera 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, presenta una posología del uso del misoprostol solo para aquellos países donde es 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, p. 46).

Sobre esta presentación del uso del misoprostol nos interesa plantear dos ideas. Por un lado, esta posología presenta diferencias en relación a la propuesta en el libro de Lesbianas y Feministas. 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 hs de intervalo horario y que la administración sublingual es igual de eficiente. Por otro lado, resulta interesante que las citas bibliográficas a las que hace referencia la guía son una compilación de Kulier (2011) sobre métodos de aborto y los textos de Costa y Vessey (1993) y Faundes et al. (2007) que hemos mencionado en el capítulo 3. Es decir, la OMS utiliza como evidencia empírica aquellos textos que construyeron dicha información a partir de las experiencias de las mujeres que utilizaron

⁵² Se utilizó la biblioteca Cochrane, una serie de bases de datos que contienen diferentes tipos de evidencia independiente de alta calidad para informar la toma de decisiones de atención médica.

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 también recupera los relatos de quienes utilizaron el misoprostol para abortar ya que utiliza 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 ocultan detrás de la referencia bibliográfica de dos estudios contruidos a partir de ellas.

El análisis de la guía demuestra aquello que Donna Haraway discute en *Ciencia, cyborg y mujeres* 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 en la década anterior, 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, p. 61). Esta forma constitutiva del lenguaje científico oculta en su construcción el rol protagónico de ellas. Al contrario de la propuesta narrativa de la guía, el libro de Lesbianas y Feministas 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.

Por último, es importante mencionar que esta guía preveía que se revisara cada cuatro años. No obstante, dos años después, se presenta el Manual de práctica clínica para el cuidado del aborto seguro (Organización Mundial de la Salud, 2014) como una forma de “facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones clínicas” de la segunda edición. En esta publicación se establece la posología vigente hasta la actualidad: hasta las 12 semanas de gestación se utilizan hasta 3 dosis de 800mg de misoprostol en un intervalo de entre 3 y 12 horas por las vías vaginal o sublingual y, en embarazos mayores a esa edad gestacional, se utilizan 400mg de misoprostol cada 3 horas hasta 5 dosis vías vaginal o sublingual.

“El fallo FAL es el fallo FAL con el diario del lunes”: el nuevo encuadre de interpretación de abortos no punibles

El 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) falló sobre el alcance del permiso para abortar en casos de violación. A partir del proceso del pedido de interrupción de una chica de 15 años que había sido violada por su padrastro en marzo del 2010, el tribunal estipuló el alcance del derecho al aborto no punible, establecido en el artículo 86 del Código Penal desde 1921, lo que se llamó fallo “FAL, s/medida autosatisfactiva” (Asociación por los Derechos Civiles, 2013).⁵³

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, previo al fallo FAL, se habían judicializado algunos casos de inaccesibilidad de abortos no punibles en distintas provincias de Argentina. Para el 2010, antes de las modificaciones del Código Penal con la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo del año 2020, el artículo 86 sostenía que:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1° Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2° Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Aunque este artículo establecía el encuadre de no punibilidad, ambos puntos estuvieron durante mucho tiempo sujetos a controversias en relación a su interpretación. La discusión del primer punto, en torno al concepto de salud, radicaba en la comprensión respecto de si el riesgo a ‘la salud de la madre’ implicaba un peligro de muerte o no. En este sentido, el cambio sustancial que plantea el fallo FAL es entender la salud en los términos de la OMS como “un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. En este marco de comprensión amplia del derecho a la salud, es fundamental hacer referencia a que, para su aplicación, no era necesario que ese daño fuera constatado. Por lo tanto, generó un cambio radical en la forma en la que se comprenderán los abortos permitidos dentro del Código Penal, dejando de lado la idea de la no punibilidad de la práctica para establecer, en aquellos

⁵³ <https://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>. Consultado el 22/09/2021.

casos donde la salud de la mujer se encuentre comprometida, que esta puede acceder a un aborto legal.

El segundo punto controversial fue en relación a la judicialización de los casos de violación. Mientras que algunos sectores sostenían que la despenalización solo correspondía si el embarazo se producía como razón de una violación a mujer con discapacidad mental, otro sector postulaba que el aborto legal procedía a opción de toda mujer más allá de su capacidad intelectual (Alvarez, 2014). En este caso, el tribunal resolvió la disputa, al igual que el primer punto, en favor de una postura amplia de interpretación.

Ahora bien, en este apartado fue incluido el fallo FAL por haber sido crucial para la implementación del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) algunos años más tarde. Si tenemos en cuenta que la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol no se centra solo en los aspectos clínicos sino en cómo fue construido el artefacto por diferentes actores y desde distintas perspectivas, esta resolución de la CSJN permite problematizar dos cuestiones entrelazadas. Por un lado, encuadra al aborto dentro de los derechos humanos, y en este sentido, la interpretación de la causal salud genera las condiciones de posibilidad para que el paradigma de reducción de riesgos y daños se transforme en uno de interrupción legal del embarazo. Por otro lado, en el cambio de un marco de interpretación al otro, la publicación en español de la guía de aborto sin riesgos de la OMS (2012) y las experiencias de grupos feministas de acompañamiento en aborto como Socorristas en Red, permitieron situar al aborto medicamentoso en un lugar clave dentro de la publicación de dicho protocolo, sumado a la creación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en pos de su implementación.

Aunque se ha sostenido que “La decisión de la CSJN marcó un punto de inflexión en la interpretación correcta de las causales del aborto legal en Argentina, al leerlas a la luz de la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos” (Gebreuers & Gherardi, 2015, p. 2) es necesario recuperar la frase que da título a este apartado: “El fallo FAL es el fallo FAL con el diario del lunes”. En el marco de una entrevista a una militante feminista, sostiene que, en el 2012, el fallo no era el ‘caballito de batalla’ que fue después:

El fallo FAL para nosotras no estaba mucho en la cabeza. Ese reconocimiento que hay ahora de FAL, para mí, en ese momento, no lo teníamos. Yo no lo recuerdo

así. Después se empieza a volver un caballito de batalla. Pero en el momento había que resolver los abortos. MF3.

Como analizamos en el capítulo anterior, dentro de La Campaña había algunas militantes feministas que se enfocaban en el acompañamiento a quienes se realizaban abortos medicamentosos a través de la difusión del uso seguro del misoprostol, mientras que otras ocupaban roles de comunicadoras con los diferentes bloques parlamentarios insistiendo sobre la discusión de un proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo. Este debate también se cruzó con la interpretación del fallo. Sobre ello, Mónica Tarducci sostiene que:

Al tener una presencia en los medios de comunicación, la Campaña logró que se conociera el fallo FAL, emitido por la Corte existen abortos no punibles en Argentina y estos casos no necesitan ser judicializados: en todo tipo de violación y si está en riesgo la vida o la salud de la mujer (2018, pp. 430-431).

Ahora bien, este fallo no tuvo solo implicancias para la militancia feminista. Si nos centramos en lo que respecta a la atención sanitaria, una médica generalista afirma:

Yo creo que hubo otro punto de inflexión importante que fue el fallo FAL en el 2012 y que, a partir de ahí, un movimiento muy importante empezó a trabajar ya no con el paradigma de reducción de riesgos y daños sino de la legalidad por causales y a plantear que todo lo que entre dentro de las causales sea respondido desde el Estado, desde los servicios de salud como aborto legal y que el Estado de respuesta haciendo una atención de un aborto seguro. MG4.

El fallo FAL abrió un nuevo escenario distinguiendo entre la no punibilidad y la legalidad de una conducta, instando al Estado a reglamentar y garantizar el acceso a los derechos. Esto implica, sobre todo, tener en cuenta la obligatoriedad de los marcos internacionales normativos para su interpretación y proponer su encuadre en relación a la autonomía personal, a la salud, a la privacidad, a la vida, la educación y la información. Como consecuencia, durante la década siguiente veremos cómo se transforman las prácticas de algunos/as profesionales que garantizaban las consejerías de reducción de riesgos y daños en consultorios de interrupción legal del embarazo, al mismo tiempo que se replican estas experiencias en diferentes ciudades del país. Estas consejerías centran sus prácticas clínicas en el uso del misoprostol fuera de indicación y serán uno de los objetos analíticos centrales del próximo capítulo junto con la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en tanto nuevo actor político. A su vez, estas consejerías también generan articulaciones con las redes de acompañamientos feministas.

Acompañar los abortos con misoprostol: la conformación nacional de Socorristas en Red

En el capítulo anterior hemos mencionado cómo surge el “Socorro Rosa” desde la Colectiva Feminista La Revuelta en el sur del país, hemos analizado algunas de sus características y las diferencias que proponen en relación a la línea telefónica de Lesbianas y Feministas sobre la forma en que se brinda la información y el seguimiento del aborto durante el proceso vía telefónica. 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, 2017a, pp. 12-13).

De esta manera, comienzan a diferenciarse de la forma que adoptó Lesbianas y Feministas en torno a la circulación de la información proponiendo un acompañamiento presencial. En este espacio se establecen una serie de disputas sobre el artefacto al recuperar los materiales trabajados –el libro de Lesbianas y Feministas, el manual de la OMS y el Fallo FAL– pero presentados de otra forma. Al igual que *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, aunque proponen un lenguaje accesible para divulgar el uso seguro del misoprostol, no les interesa un libro que ‘salde todas las dudas posibles’ sobre la medicación, sino un folleto breve que sirva de guía para la información que se brinda de manera presencial. Afirman que el misoprostol como método abortivo es seguro solo utilizado de la forma correcta y, por lo tanto, enfatizan la importancia del acompañamiento y el seguimiento telefónico.

Por lo tanto, Socorristas en Red se configura como una articulación de espacios feministas que, dentro de La Campaña, 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:

[...] el socorrismo constituye una acción colectiva que va más allá de la discusión sobre la legalización y despenalización del aborto. 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, 2017a, pp. 13-14).

Esta afirmación en torno a que la práctica socorrista está ‘más allá’ de la legalización del aborto es recuperada por muchas militantes en relación a las discusiones internas de la Campaña, ya que dentro de este espacio no todos los sectores coincidían respecto de las estrategias para legalizar el aborto. Mientras algunos hacían hincapié en la vía parlamentaria, otros consideraban la necesidad de realizar acciones concretas hacia la resolución de las situaciones de aborto hasta tanto se lograra la legalización (Burton, 2017a).

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 transforma 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– comienza a gestarse la red de Socorristas:

En esa [reunión] plenaria [de La Campaña] en Córdoba aparece el famoso almuerzo en el que la Revuelta comparte que ellas estaban acompañando [situaciones de aborto] y convocan a las activistas de La Campaña que habían tenido experiencias de acompañamiento para charlar sobre el tema [...]. Ahí se compartieron diferentes experiencias, algunas que les habían llegado, mucha derivación a la línea [Más Información-Menos Riesgos]. No era la postura hegemónica de La Campaña, porque de hecho fue una actividad extra plenaria. MF3.

Para el 2013, la articulación ya empezaba a formarse, muchos grupos se sumaron 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 adquiriría dinámicas propias del contexto en que estaban situadas, se mantenían algunos criterios generales. Por un lado, las decisiones políticas se tomarían en reuniones plenarias anuales y, por el otro, se mantendría una forma de acompañamiento basada en cuatro momentos.

[El primer momento es] La llamada telefónica. [El segundo momento es] el encontrarnos con las mujeres y otras personas que necesiten abortar. El encontrarnos cara a cara [...]. El tercer momento es cuando usan la medicación que ahí sí le proponemos el acompañamiento telefónico [...]. Y el cuarto momento, que cada vez pierde más centralidad para nosotras, es el control médico post aborto. MF1.

Con estos criterios generales como base, cada espacio comienza a tener su propio teléfono para realizar los acompañamientos 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, 2017a, p. 12).

Ahora bien, luego de haber realizado este breve recorrido por la historia y la dinámica configurativa de Socorristas en Red, es relevante problematizar cómo construyen al misoprostol como artefacto abortivo, para lo cual 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, donde se condensan los materiales que hemos ido analizando a lo largo de las últimas páginas, pero se incorpora un elemento clave en torno a cómo se co-producen 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, el folleto que construyó Socorristas en Red fue una síntesis de los puntos más importantes sobre el misoprostol y sus indicaciones asociadas.

¿Cómo hacerse un ABORTO con pastillas?

¿Qué es el MISOPROSTOL?

Es un medicamento que produce contracciones uterinas y por ello se usa para provocar **ABORTOS**. Su nombre comercial en Argentina es **OXAPROST** y en otros países **CYTOTEC**.

Para usarlo puedes elegir uno de estos métodos:
Con cualquiera de los tres métodos que elijas tenés que usar 12 pastillas.

VAGINAL	4 pastillas dentro de la vagina cada 6 hs., 8 hs. o 12 hs. (Vos elegís el intervalo de tiempo). Hacer mínimo una hora de reposo, después de cada colocación. 4 + 4 + 4 = 12 pastillas	Humedecieras
SUBLINGUAL (debajo de la lengua)	4 pastillas bajo la lengua cada 3 hs. 4 + 4 + 4 = 12 pastillas	Dejadas disolver dentro de la boca, mínimo 30 minutos
BUCAL (entre mejillas y encías)	4 pastillas cada 3 hs. 4 + 4 + 4 = 12 pastillas	Dejadas disolver dentro de la boca, mínimo 30 minutos

¡IMPORTANTE!

El uso de las pastillas es más efectivo entre semana 7 y 12 de gestación.
* Completa la dosis para estar segura de expulsar todo = 12 pastillas.



1

¿QUÉ VAS A SENTIR? son síntomas esperables:

- a. Dolor abdominal parecido al menstrual
- b. Contracciones
- c. Escalofríos
- d. Fiebre menor a 38° (dura poco)
- e. Náuseas
- f. Vómitos
- g. Diarrea
- h. Dolor de cabeza

NO TOMES:

- * Aspirina
- * Buscapina
- * Sertal
- * Alcohol
- * Marihuana u otras sustancias

Importa que estés bien atenta a los síntomas que tu cuerpo vaya manifestando.

Para calmar los dolores podés tomar **IBUPROFENO**

¿QUÉ TIENE QUE PASAR?

Dentro de las primeras 72 hs.:

- * Sentir contracciones
- * Sangrado vaginal abundante con coágulos
- * Expulsión de saco gestacional

EL SANGRADO PUEDE DURAR VARIOS DÍAS

SI PRESENTÁS:

- * Fiebre en aumento (+ de 38°)
- * Desmayo
- * Hemorragia abundante

= 2 horas

Ir al centro de salud cercano

2

REFERENCIA SOBRE EL SACO GESTACIONAL:

Durante las primeras 8 semanas de atraso se forma el saco gestacional y el embrión. A partir de la semana 9 de atraso el embrión se llama feto. Desde la semana 17 se forma la placenta.

SEMANAS	TAMAÑO APROX.
4 - 6 desde FUM*	Menos de 1 cm.
7 - 8 desde FUM	1 cm.
9 - 10 desde FUM	4 cm.
10 - 11 desde FUM	7 cm.
11 - 12 desde FUM	9 cm.
13 - 14 desde FUM	14 cm.
15 - 18 desde FUM	15 cm.
19 - 22 desde FUM	25 cm.

FUM significa Fecha de la Última Menstruación. Las semanas de gestación se calculan desde el **PRIMER DÍA** en que te vino la menstruación por última vez y hasta el momento actual.

TENÉ EN CUENTA QUE:

En un **ABORTO** con MISOPROSTOL entre la semana 1 y 12 de embarazo, vemos coágulos a simple vista. Desde la semana 13, a medida que el embarazo aumenta, se puede distinguir cada vez más la forma del feto.

3

¿CÓMO SABÉS SI ABORTASTE?

Dejá caer el sangrado en un recipiente o en el inodoro. Fijate si desprendiste el saco gestacional (textura más sólida que un coágulo, no se disuelve con el agua).

* Si lo expulsaste el aborto se produjo.

* Si no abortaste, podés esperar 72 hs. y repetir todo lo que hiciste.

Tenés que realizarte un control médico post-aborto a la semana o a los 10 días de haber usado misoprostol. Allí podrán indicarte una ecografía para la comprobación definitiva. También podás conversar sobre el método anticonceptivo más adecuado para este momento de tu vida.

Tené en cuenta que:

Ante la primera relación sexual heterosexual que tengas, luego de usar misoprostol, tenés que usar un método anticonceptivo, de lo contrario corres riesgo de volver a quedar embarazada. Recordá que sólo el preservativo previene las enfermedades de transmisión sexual.

Antes de usar misoprostol, consultá a un médico/a amigable si tenés:

- * anemia severa
- * problemas de coagulación
- * alergia al misoprostol
- * si tuviste una cesárea hace menos de 6 meses
- * si sos RH (-)

ORGANIZATE PARA QUE EL ABORTO DEJE DE SER CLANDESTINO EN ARGENTINA ABORTO LEGAL, SEGURO Y GRATUITO

4



socorristas en red
www.socorristasenred.blogspot.com.ar

Argentina, Primavera 2013

Fuente: Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (Compiladoras) - Editorial El Colectivo - Buenos Aires, 2010

El folleto de Socorristas en Red cita como fuente el libro publicado por Lesbianas y Feministas, aunque contiene menos información pues busca cumplir otro objetivo: no se presenta como una guía que resuelva las potenciales preguntas de las usuarias, sino que representa un resumen con la información mínima que las mujeres deben saber y se complementa con el encuentro cara a cara. De esta manera, la información sobre la posología para utilizar el misoprostol como tecnología abortiva aquí aparece presentada de otra manera. Propone una serie de pasos para su empleo y solo hace 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, estabiliza 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 presenta un nuevo conjunto de contraindicaciones en relación específica a su uso abortivo.

El cierre de la controversia sobre la posología

En el análisis realizado sobre la estabilización de la posología de la droga en relación a su uso abortivo por parte de los diferentes grupos sociales relevantes que hemos analizado en este capítulo, pudimos establecer un consenso en torno a que la dosis para realizar un aborto seguro con misoprostol es de 12 comprimidos en 3 colocaciones de 800mg cada una en un intervalo horario que varía según la vía de administración. Sin embargo, partimos de comprender que un artefacto farmacológico no es solo su posología sino todos los aspectos que lo constituyen como tal. En este sentido, hemos hecho hincapié también en cómo se construyen diferentes indicaciones en torno al misoprostol más allá de las dosis.

Por un lado, se ha evidenciado en reiteradas ocasiones el contraste en torno a la forma en que se presenta la información. A diferencia del libro de Lesbianas y Feministas 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 resulta accesible para las mujeres en general, sobre todo en relación al lenguaje implementado. Como ejemplo de ello, en los manuales feministas aparece mencionado el tamaño del saco gestacional, como una forma de acercar a las mujeres una referencia de qué será lo que expulsan durante el procedimiento.

Por otro lado, la guía de la OMS, al ser un manual que apunta a profesionales de la salud, da por sentado que el proceso de aborto con misoprostol está acompañado por un/a médico/a. En cambio, la información difundida por los colectivos feministas recupera 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 especifica cuáles son los signos de alerta por los cuales es necesario acercarse a un centro de salud, el libro de Lesbianas y Feministas directamente presenta un capítulo específico sobre “Derechos de las mujeres, obligaciones de los equipos de salud” donde proponen estrategias para evitar el maltrato de los mismos.

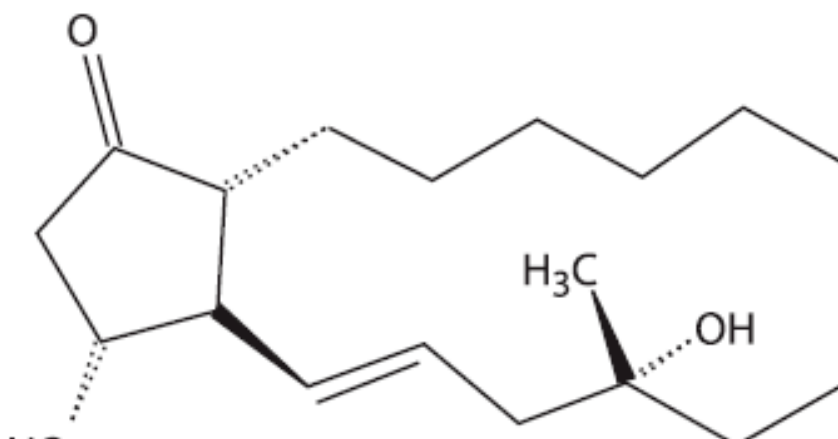
La reconstrucción realizada en torno a cómo se estabiliza una posología específica a partir del análisis de la flexibilidad interpretativa de los grupos sociales relevantes y los dispositivos analizados –protocolos, manuales, libros, folletos– nos permitió mostrar

cómo se alistan los actores en torno a la construcción del misoprostol como tecnología abortiva, incluso dejando otros, como la ANMAT, por fuera de esta red. Esta propuesta analítica nos ha permitido señalar que la co-construcción del artefacto tecnológico no sucedió de forma lineal, sino que fue necesario incluir otros actores y revisar la idea de ‘laboratorio’ como una red de afiliaciones.

Mientras que el libro de Lesbianas y Feministas se asienta 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 utiliza evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y una serie de investigaciones científicas cuya fuente de análisis fue la sistematización de las prácticas de mujeres que requirieron de intervención hospitalaria luego de utilizar la medicación. Por su parte, los materiales de Socorristas en Red recuperan el manual de la OMS del 2012, el libro de Lesbianas y Feministas, los informes que empezaban a producir organismos como el CEDES y el intercambio con otros espacios feministas.

En el próximo capítulo nos dedicaremos a indagar la controversia en torno de la legalidad o ilegalidad del aborto medicamentoso. Teniendo en cuenta que la discusión en torno a la posología no es el único aspecto que hace a la construcción del misoprostol como tecnología abortiva en Argentina, la cuestión vinculada con su uso en estas prácticas queda supeditado a un problema que pendula entre la legalidad y la ilegalidad toda vez que las contraindicaciones del fármaco se establecen como indicaciones por aquellos grupos sociales relevantes que resta analizar en esta tesis.

CAPÍTULO 6: De la clandestinidad a la legalidad



El hecho de que la forma en la que yo viví la experiencia del aborto, la clandestinidad, forme parte del pasado no me parece un motivo válido para que se siga ocultando. La ley, que casi siempre se considera justa, cae en la paradoja de obligar a las antiguas víctimas a callarse porque «todo aquello se acabó», haciendo que lo que sucedió continúe oculto bajo el mismo silencio de entonces. Pero precisamente porque ya no pesa ninguna prohibición sobre el aborto puedo afrontar (dejando de lado el sentido colectivo y las fórmulas necesariamente simplificadas, impuestas por la lucha de los años setenta: «violación de los derechos de las mujeres», etcétera) de forma real este acontecimiento inolvidable.

A. Ernaux. *El acontecimiento* (2020, pp. 24-25)

En la última década, los significados construidos en torno al aborto y al misoprostol han cambiado vertiginosamente. El período comprendido entre 2012 y 2020 fue escenario de importantes transformaciones que analizaremos en este capítulo. Nos centraremos en indagar cómo, en ese momento, la controversia en torno al misoprostol como método abortivo no está centrada en la discusión sobre su posología –cerrada en la fase anterior– sino que se entrama con la legalidad de la práctica. Por lo tanto, nos interesa analizar cómo esos saberes y argumentos en disputa fueron incorporados a las experiencias abortivas de las personas y, sobre todo, cómo circularon entre los espacios feministas en una primera instancia, y en el resto de la sociedad después. En este sentido, el presente capítulo busca problematizar la forma en que los diferentes grupos sociales relevantes construyen al artefacto, entre el 2012 y el 2020, se preguntarán, ¿el uso del misoprostol para abortos medicamentosos es legal? ¿Quién define estos parámetros de legalidad? ¿Cómo se alistan en ello las interpretaciones judiciales, las prácticas de las usuarias y las colectivas feministas?

En síntesis, el eje de esta fase está ubicado en la estabilización del uso abortivo del misoprostol. Las contraindicaciones inscriptas sobre el artefacto al comienzo de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural culminan su conversión en indicaciones en un marco complejo: la disputa por la legalidad del aborto. En diferentes escenarios podemos encontrar diversos grupos sociales relevantes que se alistan en pos de considerar que el uso del artefacto es legal.

Para presentar estas ideas, nos interesa centrarnos en cómo se estabiliza la droga como abortiva en dos escenarios diferentes en el contexto de la ilegalidad de la práctica. Por ello, en este capítulo desplegaremos tres apartados. El primero se centrará en la dinámica interpretativa del aborto como legal en el sistema sanitario. Allí, nos referiremos a los espacios creados en el segundo nivel de atención, a la centralidad de la publicación del protocolo de ILE, a la creación de la Red de profesionales como articulación nodal en pos de la garantía de la práctica y a la producción pública de la medicación. Los grupos sociales analizados en este apartado incluyen un sector del feminismo que considera que la disputa central para alcanzar la legalidad del misoprostol y el aborto está en el sistema de salud. Aunque presentaremos una distinción entre el movimiento feminista y los/as profesionales de la salud, es pertinente adelantar que la separación de estos grupos sociales relevantes es exclusivamente analítica.

En un segundo momento, nos centraremos en la construcción realizada por otro sector del movimiento feminista, con Socorristas en Red como la principal articulación de colectivas de acompañamientos en aborto, que construyen la legalidad del misoprostol por fuera del sistema sanitario. Esta red, aunque forma parte de la Campaña por el aborto legal, no considera que la legalidad del artefacto esté necesariamente entramada con la legalidad de la práctica. Incluso, para acceder a la medicación construyen otro tipo de redes internacionales por fuera del aparato sanitario argentino.

Entender que en este proceso hay diferentes feminismos con diversas estrategias en la controversia en torno a la asociación de misoprostol y aborto como legales implica comprender que también es parte de un devenir de su uso y no es posible establecer un momento de quiebre al respecto. Es por ello que no creemos que la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Congreso Nacional en 2020 haya sido lo único que legalizó esta práctica. Al respecto, en el último apartado, indagaremos en el proceso que se sucede entre 2018 y 2020 donde se cierra la controversia en torno a la legalidad del aborto y, junto con la nueva ley, del misoprostol.

Como hemos mencionado oportunamente, el análisis de esta década es complejo en tanto fue escenario de severos cambios en diferentes geografías en poco tiempo. En relación al vínculo entre aborto y misoprostol, algunas abogadas feministas observaron que “con la legalidad actual podés hablar del uso seguro del misoprostol [...] pero no interferir en el proceso, o sea no hacer nada para que [la mujer que quiere abortar] consiga el misoprostol, ni indicarlo, ni recetarlo, ni nada de eso.” MG1. Pese a ello, en estos años, algunas médicas generalistas comenzaron a expedir recetas de Oxaprost.

El ejercicio de realizar las recetas se transformó en una práctica de aquellas médicas feministas que buscaban, desde su lugar en el sistema de salud, poder acercar a las personas a sus derechos no reproductivos. Ahora bien, para que ello no repercutiera en su carrera profesional, se ejercitaban diversas estrategias para facilitar el acceso a la medicación, como listados de farmacias que vendían los comprimidos sin receta o “recetas hechas de manera loquísima, como escribir con la mano izquierda, poner el nombre de un varón o un abuelito, o hacer una receta que solo diga Oxaprost y no poner el nombre de nadie” MG1. Pese a la búsqueda de maniobras para circular *entre los grises* de la legalidad y la poca fiscalización de los circuitos farmacológicos, algunos casos de aborto medicamentoso llegaron a la justicia.

Una médica generalista que se desempeñaba en CABA, realizó una consejería de reducción de riesgos y daños, en 2011, a una adolescente de 13 años desde el marco de interpretación legal vigente. Era una práctica que podía pensarse como legal porque, por su edad, se enmarcaría en las causales de no punibilidad tanto en caso de violación como de salud y, por otro lado, era necesario realizar la receta para que ella pudiera acceder a la medicación dentro del circuito ‘legal’ de las farmacias. Luego de que la joven realizó el procedimiento, el padre toma conocimiento de la situación y realiza la denuncia. Finalmente, el juez dicta la falta de mérito por la inexistencia de pruebas para elevar la causa a juicio oral.

Uno de los aspectos que resulta interesante de este caso es que la búsqueda de evidencia probatoria era la receta de misoprostol. En relación a la medicación como artefacto socio-técnico, la receta permite su compra por medio de una relación legal que se sustenta en un diagnóstico por causales que también convierte esa interrupción en legal. Ahora bien, la receta de misoprostol sin el encuadre de interpretación por causales también puede convertirse en la prueba de una acción ilegal. Este caso nos permite problematizar cómo la interpretación de las interrupciones legales del embarazo por causales y el misoprostol como un medicamento legal se co-construirán, en este caso tanto en el diagnóstico como en el fallo judicial, pero lo harán también en diferentes espacios a lo largo de estos años.

En 2014 comienza a distribuirse una pequeña cantidad de tratamientos de misoprostol en CAPS de CABA que estaban realizando consejerías de reducción de riesgos y daños y, de manera muy incipiente, empezando a conformar equipos interdisciplinarios que garantizaran lo que recién comenzaba a nombrarse como Interrupciones Legales de Embarazo –previo a la publicación del Protocolo de ILE–.

En ese marco, una joven en situación de violencia de género es atendida por un equipo donde se encontraba la misma médica generalista y establecieron que la práctica se enmarcaría como un aborto legal por ‘causal salud’, lo completaron de esa manera en la historia clínica y le entregaron el misoprostol. Posteriormente, su expareja denunció al CAPS porque allí funcionaba una “cueva de abortos clandestinos” y la fiscalía ordena su allanamiento:

Se llevaron todo, la historia clínica, todas las planillas de atención de ese día. O sea, la policía no entendía nada. Cuando llega ahí dice ‘ah, pero pensábamos que

veníamos a allanar una cueva' y no, es un centro de salud [Risas]. Público. El medicamento lo manda la municipalidad. MG1.

Pese al encuadre en que se había realizado la práctica, la médica generalista, la jefa del centro de salud y la mujer fueron imputadas. Junto con las declaraciones se aportó la historia clínica como prueba y, aunque el fiscal pidió el procesamiento y la elevación de la causa a juicio oral, la jueza dictó en un fallo en primera instancia que la práctica había sido un aborto legal por causal salud, sentando un precedente en torno a la interpretación de la ILE.

Estos dos casos que involucran a la misma médica, nos permiten dar cuenta de cómo, entre 2011 y 2014, la situación en torno a la interpretación de los marcos de legalidad del aborto y el uso del misoprostol para realizarlo, cambió sustancialmente. El fallo FAL había propuesto nuevos marcos interpretativos para las causales de no punibilidad, había definido aspectos centrales en torno al consentimiento de la práctica y el ejercicio profesional de los/as médicos/as y, sobre todo, había puesto en el centro de la discusión un aspecto que se retomará durante los años siguientes: la obligación del Estado de garantizar la práctica en aquellos casos en que estaba permitido por la ley.

El misoprostol en el entramado sanitario

Yo creo que mi aborto habrá sido 2014 o 2013. Era como el inicio del inicio y fue re heavy. Voy a una entrevista... la entrevista de la entrevista de la entrevista. Todo un gabinete observándote, ni siquiera estamos hablando de médicos o médicas clínicas, estamos hablando de personas que supuestamente tienen otra formación, trabajadoras sociales, psicólogas, psiquiatras. No había un acompañamiento profesional y olvidate de que sea un derecho. Ellas estaban con un cierto poder como profesionales y yo lo único que quería eran las pastillas. Además, quería que quede institucionalizado porque sabía que era la forma de generar más presión para que por lo menos empiece a funcionar en distintos centros de salud, en distintos hospitales. Por otro lado, también necesitaba las pastillas porque no quería ni ir a pedírselas a mis compañeras ni que hagan una excepción conmigo. De hecho, me daba cuenta con las preguntas que nada les bastaba. Costó un montón, pero me dieron la receta de la ecografía, pero no me la hacían, así que me la termina haciendo un compañero de militancia, que era ginecólogo.

Cuando tengo la ecografía digo ‘voy a volver al sistema, al hospital’. En ese momento no había un acompañamiento, no estaba lo de la aspiración [AMEU], no existía nada. Simplemente te hacían un montón de preguntas para darte una pastilla. Pero no me la dan y me dicen ‘hay que ver si te las damos todavía, hay que seguir evaluando’. Cuando me dicen eso digo ‘no’. Yo salí de ahí desesperada. Ahí lo llamé de nuevo a mi amigo y me dice ‘mirá, tenemos tres pastillas [de mifepristona], vení a buscar’.

Ahí era re ilegal la mifepristona. Me acuerdo que cuando la voy a buscar, me explica el procedimiento, que era un poco distinto al misoprostol. Me acuerdo que me voy a ir y me dice ‘¿dónde tenés las pastillas? Guardalas mejor, que nos quedan dos, las perdés y ya está, las trajeron de México unas compañeras y no te pueden agarrar en la calle con esta pastilla en Argentina’. Nunca me voy a olvidar. MU18

La elección de comenzar este apartado con este caso tiene que ver con que articula diversas cuestiones, principalmente, que a través de él podemos vislumbrar que no es posible separar a la militancia feminista de los/as profesionales de la salud. Estos años que sucedieron previos a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo fueron momentos de construcción de articulaciones entre sujetos con identidades múltiples. Mientras que algunas militantes feministas buscaban espacios dentro de los hospitales para difundir el uso del misoprostol, otros/as profesionales de la salud estaban trayendo mifepristona desde México para poder acompañar a las personas que lo necesitaran. En el medio, aquellas mujeres que buscaban “institucionalizar sus abortos” y que veían allí una potencialidad en pos de una consigna política en torno al “nosotras abortamos”, al

que luego se agregó: “las socorristas acompañamos”. Entre estos intercambios de información y pastillas que empezaban a desbordar en todos los espacios, en este apartado nos interesa problematizar la circulación que adquirió el misoprostol en el sistema de salud. Los vínculos entre quienes se realizaron abortos con medicamentos y los/as profesionales que se desempeñaban en el sistema han sido muy diferentes. En algunas situaciones, la persona fue a realizarse un control ginecológico con la profesional que acostumbraba atenderse –y que tenía conocimiento de su situación de embarazo por un análisis de sangre previo– y el trato que recibió fue ameno: “Me preguntó, me generó mucha confianza, y le dije ‘me hice un aborto con misoprostol’. Me dice ‘es lo mejor que podías haber hecho’.” MU5. En otros casos, las mujeres solo recibieron violencia:

La médica me dice ‘yo te voy a dar una orden para que te hagan una ecografía, pero cuando vayas a hacer la ecografía, una amiga te va a dar su anillo y vos vas a decir que estás casada’. Cuando voy a hacerlo, estaba el médico y lo primero que me vio fue la mano, para ver si estaba casada o no [...]. Me van a hacer la ecografía y en ese momento me pregunta y le digo ‘sí estoy casada hace tres meses’, empecé a inventar cualquiera. En ese momento me dice, ‘bueno yo no quiero que te pongas mal, pero vos perdiste el bebé, tenías un bebé hermoso’. El tipo me dio un discurso, que seguro esté en el cielo, que no pudo ser esta vez, que a las madres primerizas les pasa todo el tiempo. Yo me largué a llorar, pero no de tristeza, yo me largué a llorar de alegría y alivio de que había salido dentro de todo bien. MU6.

Estos casos, tan disímiles entre sí, nos permiten enfocar en el abanico de diferencias entre algunos/as profesionales que ejercían violencia obstétrica pese a que ya existía la Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, y otros/as que se proclamaban desde una concepción de autonomía y ejercicio de derechos. Con la intención de evitar estas situaciones de tensión, para Socorristas en Red también fue una apuesta política el carácter prioritario de las articulaciones con servicios de salud considerados “amigables”. Al respecto, las investigadoras argentinas María Natalia Santarelli y Claudia Anzorena ya sostenían en el 2016 que:

Las vinculaciones con estos sectores [...] favorecen la empatía de los/as efectores/as con las mujeres que abortan y propician modos amigables y no violentos de atención. Además, buscan re-instalar las prácticas de aborto en las instituciones de salud desde miradas antidiscriminatorias y garantistas de los

Derechos Humanos. Esto adquiere un tono especial si se considera que hasta hace poco menos de una década el aborto se narraba en estos lugares como parte del conteo de muertes de mujeres por prácticas inseguras, y que, en la actualidad mediante el uso seguro de medicamentos y la intervención de los socorristos en articulación, el aborto puede narrarse en términos de derechos (Santarelli & Anzorena, 2017, p. 8).

Esta articulación, donde las Socorristas tuvieron un rol central, también es señalada por profesionales de la salud. Un ginecólogo reconoce que la compra del misoprostol por parte de la Secretaría de Salud municipal fue porque “ya veníamos viendo la experiencia que tenían las propias socorristas y el manejo ambulatorio [...]. Con las socorristas se empezó a trabajar también con referentes en los centros de salud.” G4.

Teniendo en cuenta la importancia de la articulación entre el sistema de salud y las redes de acompañamiento, en este apartado nos interesará centrarnos en tres cuestiones. En un primer momento, recuperaremos el caso de TeA –la sigla de “Te acompañamos” que refiere a un consultorio que funcionó desde 2012 en un hospital neuquino– donde se recibía a las personas que se habían realizado un aborto medicamentoso y debían realizarse un control post. Luego, analizaremos los acontecimientos políticos que derivaron en la creación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y la publicación del Protocolo de ILE. Por último, nos interesa centrarnos en el caso la provincia de Santa Fe que, a través del Laboratorio LIF SA, permite introducir una nueva arista del problema en relación a la producción pública de medicamentos.⁵⁴

Las consejerías en hospitales

El consultorio TeA en Neuquén fue una experiencia de articulación que surgió entre el servicio de ginecología de un hospital de Neuquén y la Colectiva Feminista La Revuelta con el fin de brindar asesoramiento post aborto. Las sociólogas Julia Burton y Guillermina Peralta (2016), en sus investigaciones sobre el activismo socorrista en la

⁵⁴ El Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado es un laboratorio santafesino que produce medicamentos para abastecer, en un principio, al sistema público de salud de la provincia. Reconocen que “Trabajamos para la construcción de soberanía sanitaria, entendiendo al medicamento como un bien social”. Disponible en <http://www.lif-santafe.com.ar/>. Consultado el 9/6/2022.

Patagonia, analizan cómo fue esta articulación propuesta por quienes entendían que las mujeres buscaban respuestas en el sistema de salud y allí debía radicar la estrategia de acción colectiva. Sin embargo, esta relación entre la colectiva feminista y el sistema sanitario también sucedía a la inversa.

Queremos subrayar que ese vínculo no existe únicamente a raíz de que las militantes feministas solicitan a las mujeres que se hagan una ecografía o un análisis para confirmar el embarazo, o que vayan, una vez producido el aborto, a hacerse un control posterior. La mayoría de las mujeres que acuden a socorristas afirma haberse enterado de su existencia por contacto con personal del sistema de salud (Burton & Peralta, 2016, p. 175).

Ahora bien, en un principio, TeA era un servicio “telefónico, para pedir una ecografía, ver una paciente y así...” G1, que existía desde hacía algunos años. Las feministas acompañaban situaciones de aborto con misoprostol y luego, derivaban a las personas al hospital para que les realizaran las ecografías de control. Esta situación informal es la que se institucionaliza con el consultorio en 2012:

Yo dije... ¿por qué no lo institucionalizamos? ¿Y por qué no lo publicamos y hacemos una movida? Porque cuanto más se sepa, mejor. Vamos a hacer un consultorio de puertas abiertas, o sea sin turno, un día por semana, para que Las Revueltas ahí nos manden todos los casos que necesitan que veamos, que les pidamos ecografías, que les pidamos análisis y a nosotros nos servía para registrar. Así que hicimos una unión con eso y las chicas mandaban. G1.⁵⁵

Cuando se institucionaliza, el consultorio se enmarca en un protocolo publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2009 como una guía para el mejoramiento de la atención post aborto (Ministerio de Salud de la Nación, 2009). En ese texto apenas se mencionaba el misoprostol como un método abortivo. Aparecía en el último de los anexos y comenzaba así: “En Argentina, a fines del año 2009, aún no está reglamentada por la ANMAT su utilización en obstetricia, pero se han iniciado los trámites pertinentes” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009, p. 29), pese a que recuperaba la información actualizada de FASGO (Faundes, 2005) para “informar sobre las controversias, así como los conocimientos actualizados sobre el uso del Misoprostol” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009, p. 29) en relación a la interrupción de la gestación, la inducción de parto y la prevención de la hemorragia posparto. Sin embargo, el consultorio de TeA se centró, al menos en un primer momento, en la atención post aborto en casos de inducciones

⁵⁵ La entrevistada se refiere a las militantes de la Colectiva Feminista La Revuelta como “Las Revueltas”.

ambulatorias con misoprostol. Al respecto, la periodista feminista Luciana Peker sostenía que el espacio:

Pretende cubrir las necesidades post aborto de las mujeres que se autoinducen un aborto con misoprostol y no requieren internación. Es una buena muestra de un hospital amigable. Sin turnos, colas o trámites. Y también de la posibilidad de hacer lazos, ya que gran parte de las pacientes llegan a través de Socorro Rosa (Peker, 2013, p. 1).

Este caso en Neuquén permite enfatizar que el asesoramiento sobre el uso del misoprostol y los acompañamientos pre, durante y post aborto medicamentoso eran llevados adelante por la colectiva feminista. El consultorio TeA funcionaba como un espacio de derivación para las ecografías post sin tener que atravesar las barreras que imponía –e impone– el sistema de salud a quienes habían realizado una interrupción. Sin embargo, la colectiva se fue apropiando de ese espacio y “hoy La Revuelta tiene un cartel que dice ‘La Revuelta’ en madera que lo hizo la cooperadora del hospital y tienen los afiches, los avisos y todo ahí.” G1.

Para la colectiva feminista, ese espacio fue una apuesta política dentro del despliegue de estrategias de articulación entre las socorristas y el sistema de salud para salir de una estrategia centrada en la derivación. Al respecto, dos de sus integrantes sostuvieron que:

La acción de crear TeA la politizamos abogando por presentaciones públicas en medios de comunicación y presentándolo a otros centros de salud y hospitales interesados. En esas presentaciones se hacía palpable la articulación entre un grupo de la comunidad y el hospital público, activistas feministas en diálogo con agentes de salud, reflexionando sobre la potencia de ese entramado. En estas presentaciones supimos que otros TeAs, no tan institucionalizados, ya funcionaban. Este cúmulo de experiencias animó la creación de espacios similares especialmente en otros centros de salud (Grosso & Zurbriggen, 2016, p. 6).

El análisis del caso de TeA permite explorar el proceso de articulación entre grupos feministas y actores dentro del sistema de salud de forma organizada en la estructura sanitaria. Las alianzas entre feministas y efectoras de salud ya se venían gestando desde hacía décadas, pero la experiencia de este consultorio pone en primer plano la institucionalización de dichos encuentros. Durante los años siguientes, los/as profesionales de la salud encontrarán otros espacios dentro del entramado sanitario para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y no reproductiva sin anclarse necesariamente en la creación de un consultorio específico para atender los casos post

aborto que se resolvían desde las colectivas, sino que pretendían poder garantizar todo el proceso: las consejerías sobre el uso seguro del misoprostol, la medicación para realizar la interrupción y el control post aborto.

Pese a la ilegalidad de la práctica, TeA fue una de las primeras articulaciones hospitalarias en pos de garantizar, en alguna medida, el aborto dentro del sistema de salud, mientras que, en otros lugares del país, habían sido impulsados desde los centros de atención primaria. Más allá de que estos dispositivos se enmarquen en el primer o segundo nivel, es clave situarlos en un momento bisagra en el que, aunque el fallo FAL había esclarecido el alcance de las causales de no punibilidad del aborto, aún no existía el protocolo de ILE que traduciría dicha interpretación al ámbito sanitario.

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo

En 2014 se realizó una serie de foros desde La Campaña para lanzar el nuevo proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.⁵⁶ En ese marco, el 28 de septiembre de ese año se llevó a cabo una reunión de profesionales de la salud en el Congreso de la Nación donde se escribió una declaración a favor del proyecto de ley de IVE y, al año siguiente, se creó la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Esta denominación no fue casual, sino que fue producto de la fusión de distintos objetivos. Por un lado, se buscó no reducir la participación de médicos/as, sino que se integre por profesionales de la salud en general, justamente con la intención de desmedicalizar la práctica: “había que lograr un nombre que interpelara ampliamente pero que además se posicionara desde el saber a disputar con las corporaciones médicas que se planteaban en contra del aborto.” MF3. Por otro lado, la idea de red reflejaba una forma de articulación horizontal que se tejiera en todo el país. No obstante, como ha sido señalado en reiteradas oportunidades en este trabajo, esta red no tomó la misma forma en todas las regiones. Mientras que en algunas ciudades se consolidó con profesionales que venían realizando acompañamientos desde las consejerías de reducción de riesgos y

⁵⁶ El primero era del 2005 y no incluía el nuevo enfoque presentado en el fallo FAL.

daños y los casos de aborto no punible, en otros lugares, la militancia era más solitaria. Por ejemplo, en una ciudad de la Patagonia, una entrevistada relata que:

Fui a ver a una ginecóloga que hace muchos años acá es la que encabeza la lucha por la legalidad del aborto. Ella labura en la única salita donde ya todas las mujeres sabemos que si quedás embarazada y no querés ser madre, tenés que ir a verla a ella. MU22.

Justamente, el objetivo de la red era visibilizar la posibilidad de garantizar los abortos legales en los ámbitos de ejercicio de las profesiones de la salud y divulgar los derechos sexuales y no reproductivos. Puntualmente, buscaban llevar adelante los abortos legales, seguros y gratuitos y, por lo tanto, apoyar e impulsar la sanción de la ley que permita la interrupción voluntaria del embarazo. En algunos lugares de país, estos objetivos eran llevados adelante por un equipo interdisciplinario y, en otros, por alguna/o médica/o solitario/a garante de derechos.

Ahora bien, este proceso de articulación coincidió con que, ese mismo año, se publicó el protocolo de ILE, realizado entre la Dirección de Salud Sexual, algunas ONGs que venían trabajando el tema y médicos/as que venían garantizando abortos dentro del sistema público de salud. El protocolo de ILE fue un documento editado por el Ministerio de Salud de la Nación que se utilizó entre su primera publicación en 2015 y la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2021 como el marco legislativo para garantizar abortos dentro del sistema de salud.⁵⁷ Este protocolo estaba dirigido a todo el personal de salud –incluyendo el administrativo y de seguridad– considerado responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando este ponga en riesgo la vida o la salud de la persona, o cuando sea producto de una violación. De esta manera, ajustaba las interpretaciones amplias de las causales de no punibilidad al ámbito sanitario –que el fallo FAL ya había especificado en el plano de lo legal–, dejando constancia de la relación entre el protocolo y la normativa internacional de derechos humanos con rango constitucional y la legislación argentina. Además,

⁵⁷ El protocolo del 2015 fue una versión revisada y actualizada de la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010 mencionada en el capítulo anterior. Sin embargo, este protocolo presentó el cambio sustancial de transformar la idea de no punibilidad por el marco de legalidad, lo que se consideró un avance en clave del acceso a los derechos no reproductivos. Aunque esta edición presentó una serie de actualizaciones médicas, bioéticas y legales, en el 2016 se incluyeron aclaraciones a raíz de las modificaciones del Código Civil y Comercial del año anterior en torno a la edad requerida para el ejercicio autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños y adolescentes, y las condiciones que debían respetarse para el ejercicio autónomo de derechos por parte de las personas con discapacidad. Por último, en 2019 se publicó una actualización posterior a las aprobaciones farmacológicas de la ANMAT que trabajaremos sobre el final del capítulo.

promovía un enfoque donde no solo los/as médicos/as ginecólogos/as fueran responsables de realizar la práctica, anclándose en una mirada más integral de la medicina.

En este sentido, no solo recomendaba la constitución de equipos interdisciplinarios –siempre que sea posible y no obstaculice la atención–, sino que hacía hincapié en el compromiso profesional de los/as efectores/as por su responsabilidad penal, civil y/o administrativa en caso de incumplir con su obligación en el ejercicio de la salud en caso de que “no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una ILE, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto” (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, p. 19).

En caso de que algún/a profesional quisiera negarse a realizar la práctica debía solicitar explícitamente la objeción de conciencia, un derecho derivado y subjetivo de la interpretación del derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión que pautan los convenios internacionales. Sin embargo, en la prestación de servicios de salud, la objeción de conciencia ejerce un obstáculo en el ejercicio de derechos de otras personas y obstaculiza políticas públicas. Es en este sentido que la objeción de conciencia debe ser regulada cuando se ponen en riesgo valores como la vida de terceros o el disfrute de derechos constitucionales, ya que los profesionales no pueden limitar sus obligaciones con la misma facilidad que un no profesional.⁵⁸ Por lo tanto, el protocolo de ILE hacía énfasis en que quienes se reconocieran como objetores/as de conciencia, debían manifestarlo con anterioridad y no generar maniobras dilatorias para el ejercicio de derechos. Por último, en relación al abordaje de los equipos de salud, el protocolo de ILE proponía, al igual que sucedía con las consejerías de reducción de riesgos y daños de la década anterior, la realización de una consejería en opciones donde las personas pudieran acceder a la interrupción en caso de ser contemplada su situación en alguna de las causales.

Ahora bien, el mismo protocolo contemplaba que no era suficiente con la consejería en opciones para garantizar el procedimiento ambulatorio, sino que también

⁵⁸ A partir de entender que la objeción de conciencia es un derecho derivado que se interpone con el derecho humano a que las mujeres puedan abortar libremente, y a su vez, que solo pueden ejercer los trabajadores de la salud –cuya profesión fue elegida–, hay quienes proponen la incompatibilidad entre ser objetor de conciencia y profesional de la salud. Para profundizar en este debate ver Bergallo (2010, 2018), Carbonelli (2011), Felitti y Prieto (2018), Gonzalez Prado (2015), Jaime Ballero (2017), Jaime y Valdivia (2020) y Torres Santana (2020).

tenía que garantizar “la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos, por si llegara a requerirlos” (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, p. 35). En el mismo párrafo, se hace referencia al uso del misoprostol *off-label* con el objetivo de aclarar que, aunque la ANMAT aún no había avalado las indicaciones de la droga en relación a su uso como inductor de abortos en el primer y segundo trimestre, en muchos países los medicamentos podían ser utilizados en forma y para indicaciones que no estaban incluidas en el registro original. Esta afirmación respecto de la obligatoriedad de garantizar la medicación, significó también crear un marco legislativo para que algunas provincias realicen las primeras licitaciones públicas de misoprostol.

La centralidad del protocolo de ILE en la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto radica en que se explicita, tanto en un encuadre legal como sanitario, el carácter abortivo del misoprostol. Aquello que en la primera fase analizábamos sobre la impresión del uso como inductor contráctil como una contraindicación, en esta fase ya es estabilizado como ‘buen uso’ por parte de los grupos sociales relevantes. Ahora bien, en torno a la relación entre misoprostol y aborto en el marco de la legalidad o ilegalidad, el protocolo de ILE construye el marco para que el uso abortivo del fármaco se instale en las prácticas sanitarias.

El protocolo estaba basado en el manual de la OMS analizado en el capítulo anterior y las indicaciones de FLASOG y FIGO.⁵⁹ A grandes rasgos, la información recabada por los tres organismos internacionales coincide sobre la cantidad de comprimidos de misoprostol y las vías de administración. Las diferencias se presentan en torno al intervalo horario y, en el caso de la información presentada por FLASOG, se tiene en cuenta la posibilidad de administrar la cantidad de medicación en función de la respuesta terapéutica. Sobre este aspecto, es importante tener en cuenta que solo es posible de controlar si el aborto se produce en el marco de una internación hospitalaria.

Además, el protocolo de ILE presentaba la posibilidad de realizar un aborto combinando mifepristona y misoprostol. Al respecto, una militante feminista entrevistada sostiene que este hecho impulsó algunos debates claves sobre la incorporación de la mifepristona y el AMEU.

⁵⁹ La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) había publicado en 2013 el Manual de uso de misoprostol en Obstetricia y Ginecología y, a su vez, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) había presentado un informe en 2012 sobre las dosis recomendadas de misoprostol.

El protocolo ILE se basa en ese protocolo de OMS, que tiene que ver con el procedimiento medicamentoso y el AMEU. Entonces aparece el AMEU bien clarito de que había que dejar de usar el legrado. Copió y pegó del protocolo de OMS, hasta con la mifepristona, que hasta el día de hoy no hay mifepristona producida en el país, pero aun así hace la recomendación de mifepristona. Nosotros nos quedamos ‘¿para qué hacen la recomendación de mifepristona si no hay mifepristona?’ Después vimos que fue una buena jugada porque es un antecedente para que se produzca la mifepristona, que no sucedió y siempre fue como la discusión de si el ANMAT permite o no permite todo eso. MF3.

Ahora bien, pese al nuevo encuadre sanitario del marco normativo propuesto en el fallo FAL, en un primer momento no fue sencillo lograr que se implemente el protocolo de ILE en todos los centros de salud. Esta situación tuvo causas que ya fueron ampliamente analizadas en diversos trabajos (Cappuccio et al., 2006; Gogna, 2011; Petracci & Petracci, 2009; Petracci & Ramos, 2006; Ramón Michel, 2013; Ramos et al., 2001) sobre la creación de obstáculos para la implementación de políticas de salud sexual y no reproductiva. A menos de un año de su publicación, Burton y Peralta (2016) sostenían que:

Otra situación es que algunas mujeres cuyo caso cae entre las causales legales deciden acogerse al marco del socorrismo y no al sistema de salud para la realización del aborto. De acuerdo con las socorristas, entre los motivos que justifican este tipo de decisiones se encuentran los distintos temores y desconfianzas que manifiestan las mujeres en esta situación: a que realmente se lleve a cabo el aborto, a ser juzgadas y maltratadas, a que no se respete el secreto profesional, a las dilaciones burocráticas y al consecuente avance de las semanas de gestación, etc. (Burton & Peralta, 2016, p. 172).

No obstante, en los años siguientes la situación se fue modificando y los/as profesionales de la salud pertenecientes a la Red lograron acrecentar los espacios en diferentes lugares del país para que se garantice su acceso. Incluso, otro aspecto interesante a destacar en relación al protocolo es que recupera una práctica propia de las experiencias de acompañamiento militante cuando recomienda: “establecer un vínculo personalizado entre la mujer y el profesional o equipo de salud que la asiste. De esa manera ella cuenta con un referente a quien recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier inconveniente” (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, p. 36). Justamente este seguimiento del proceso era una práctica militante propia de las colectivas feministas de acompañamiento telefónico durante el aborto medicamentoso.

Una usuaria entrevistada en 2018, previo a la primera discusión parlamentaria, sostenía que

Yo no podía creer que iba al centro de salud y [la médica] me explicó lo del procedimiento, las pastillas, me dejó todo por escrito [...]. Más allá de lo que estaba viviendo personalmente, me flashó que me esté diciendo ‘si te sentís mal vas al hospital y listo, decís que vas por una ILE y cualquier cosa me llamás’, y estar teniendo esa conversación en un centro de salud público y que te haga una historia clínica. MU23.

La implementación del protocolo de ILE fue creciendo sustancialmente entre 2015 y 2018, cuando aconteció la discusión parlamentaria por la legalización del aborto. En ese proceso se puede explicar cómo se legitimó públicamente el uso del misoprostol para la realización de abortos ambulatorios. En la provincia de Santa Fe, a partir de dicho marco normativo, el artefacto tuvo un rol central en la discusión sobre su producción desde el Estado.

De las primeras compras municipales de misoprostol a su producción en un laboratorio público

Como hemos visto en los apartados anteriores, las realidades en torno a los derechos no reproductivos de las mujeres han presentado diferencias sustanciales en las provincias argentinas. En el ejercicio de recuperar otras geografías, resulta pertinente retomar la experiencia de la provincia de Santa Fe por dos motivos: por un lado, porque la municipalidad de Rosario fue pionera en la garantía de abortos legales dentro del sistema de salud y, por el otro, porque LIF SE fue el primer laboratorio público en producir misoprostol.

A nivel municipal, el caso de Rosario presenta una serie de diferencias con otras ciudades de la provincia.⁶⁰ En pos de recapitular la historia reciente del municipio sobre la sanción de normativas y programas en torno a la salud sexual y reproductiva de las personas, la politóloga argentina Valeria Venticinque señala que:

En el año 1991 se comenzó el abordaje de la salud sexual y reproductiva realizando los primeros DIU y anticonceptivos para distribuir en los efectores

⁶⁰ Por ejemplo, en el 2020 en Santa Fe capital aún no se garantizaba el acceso a la ILE (Venticinque, 2020).

públicos; en 1996, se crea el Programa de Procreación Responsable, a través de la Ordenanza N° 6.244, que luego, en 1998, se transformó en el Programa de Salud Integral de la Mujer. Hacia 2001, la Ordenanza N° 7.282 promueve la anticoncepción de emergencia, antes de que en 2003 se promulgara la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. En ese entonces, Rosario desarrollaba estrategias de Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva. En el año 2004, comienza a regir la política de Parto Respetado y Maternidad segura y centrada en la familia; y en el 2007, a través de la Ordenanza N° 8186, se promulga el Protocolo de atención de Abortos no punibles en efectores públicos de salud [...]. En el CEMAR, efector de mediana complejidad ubicado en el centro de la ciudad, se llevan a cabo prácticas de anticoncepción quirúrgica desde hace una década aproximadamente (Venticinque, 2020, p. 73).

En esta localidad, hasta 2012 la atención de los abortos estaba centrada en el segundo nivel y, a partir de ese año, el primer nivel comienza a recibir los casos menores a 12 semanas de gestación dejando la atención hospitalaria para los segundos trimestres. Un ginecólogo rosarino que participó ampliamente de este proceso sostiene que:

En el 2012 empezamos a hacer [el aborto medicamentoso] de manera ambulatoria. Y recién al año siguiente empezamos a notar los primeros resultados. Aun así, el número de abortos y las complicaciones venían disminuyendo más o menos desde el año 2007. Suponemos, no lo sabemos porque no hay ningún estudio, que es por el conocimiento que empezaron a tener las mujeres de la existencia del misoprostol. G4.

Este mismo entrevistado analiza el crecimiento de la práctica a partir de los datos recabados por el área de Salud Sexual y Reproductiva de Rosario: “en el año 2018 hubo 1400 interrupciones legales del embarazo, el 80% fueron con misoprostol ambulatorios y el resto con AMEU.” G4. Estos datos son comparables con los presentados por el mismo programa en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

En el 2014 logramos que desde el programa [de salud sexual y reproductiva] de la Ciudad de Buenos Aires se provea misoprostol para un centro de salud [...] que garantizó el acceso a través de las causales de interrupción legal del embarazo. En 2015 esto se fue ampliando y fuimos 15 centros de salud [realizando la práctica]. En el 2016 fueron casi 30 centros de salud. En 2014 hubo 91 interrupciones legales en total, que se hicieron 81 en hospitales y 10 en el centro de salud. Y la situación ahora es que hubo 4.858 interrupciones en 2018 de las cuales el 86% fueron en centros de salud. MG4.

No obstante, el aumento de las situaciones de aborto no tuvo su origen en una política impulsada desde el sistema de salud, sino a partir de la circulación del conocimiento sobre misoprostol en las redes que las mujeres habían tejido desde la década

anterior. Intuitivamente, los/as profesionales que se desempeñaban en atención primaria de la salud comenzaron a acompañar a las personas en situaciones de aborto. Algunas llegaban a los centros de salud con un procedimiento de interrupción con misoprostol en curso, otras, buscando información, y otras, arribaban desesperadas, en busca de soluciones. Retomando el caso de Rosario, frente al crecimiento del misoprostol en las prácticas abortivas de las personas, una médica que comienza su residencia en medicina general en 2012, aventura que la clave para pensar este cambio es el fallo FAL:

Con el fallo FAL, en el 2012, la municipalidad empieza a comprar el misoprostol. Y empieza de a poco a llegar a los centros de salud donde ya había algunas médicas que lo venían usando, haciendo recetas y las mujeres lo compraban. Bueno... a partir de 2012 llega al centro de salud y podían darlo desde el sistema de salud pública. [...] En esa época se lo ponían en el consultorio, intravaginal y la mandaban a la casa. Se lo ponían ellas. Le ponían una dosis y después le decían que el resto siga ella. Pero la primera vez se la colocaban ahí en el centro de salud. MG6.

Este relato resulta interesante porque, aunque recupera la importancia del fallo FAL en relación con la circulación del misoprostol dentro del sistema de salud, también rescata las experiencias previas donde se realizaban las órdenes para la compra de la medicación en las consejerías. Otro aspecto central de la cita es que nos permite indagar en los cambios de metodologías entre el 2012 y el 2018 como la colocación de las pastillas o la confección de las recetas. Incluso, es necesario señalar que, cuando se comenzaron a realizar las consejerías de salud sexual y reproductiva en un primer momento y de ILE, luego del protocolo del 2015, no se realizaban en todos los centros de salud, sino que fue una construcción que sucedió de forma paulatina. En esta clave, resulta central referir a la importancia que se le daba desde el sistema de salud a la garantía de la medicación:

Fue algo que la gestión intentaba impulsar. Como que fue más que nada, ‘hay misoprostol, úsenlo’. Y de ahí se fue construyendo el cómo usarlo, bajo qué condiciones. Pero pasamos de hacer una receta como nos parecía y no escribir nada, a un día decir ‘hay misoprostol, hay que usarlo y hay que usarlo bien’. ‘Bueno, y cómo se usa’ [...]. Y era más a partir del interés personal de cada médico o médica que quiera aprender a usarlo. MG6.

En 2018, tanto en los CAPS como en los hospitales, ya funcionaban consejerías de atención para acceder a una ILE en determinados días y horarios. Funcionaban bajo la forma de ‘demanda espontánea’ y no con un sistema de turnos, posibilitando que pudieran

resolverse las situaciones en el mismo día en que se acercaban al centro de salud, pero con la dificultad de que tuvieran que esperar a ser atendidas.⁶¹ Al respecto, un ginecólogo reflexiona que “tiene un costo para las mujeres que es la espera, porque a lo mejor en una mañana si hay seis, siete, diez, lamentablemente esperan, y esperan largo tiempo porque lleva tiempo, digamos.” G4.

Las consejerías en Rosario tienen la particularidad de que realizan abortos con misoprostol, pero también se utiliza la técnica de AMEU.⁶² Aunque la mayoría de las interrupciones se efectúan de forma medicamentosa y ambulatoria, en algunos casos se emplea el AMEU: cuando la persona lo solicita, cuando existe una contraindicación para el uso del misoprostol, alguna imposibilidad para usar la medicación –como el lugar en donde vive, el acceso a la comunicación o la soledad– o si está muy cerca de pasar al segundo trimestre.

En relación a esta técnica, en el 2019 se realizaba en Rosario en dos hospitales públicos y en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). Allí se llevaban a cabo aproximadamente 500 interrupciones por año, con un equipo de 7 médicos/as que fueron capacitados por IPAS, una organización internacional estadounidense que brinda financiamiento para equipamiento y capacitación en temas de salud sexual y reproductiva. Sobre la tecnología en particular, una médica rosarina que realizó la rotación libre de la residencia en medicina general en México capacitándose en

⁶¹ La espera como tópico de análisis en los casos de aborto también ha sido trabajado por Fernández Vázquez (2017) en las interrupciones con misoprostol de forma ambulatoria.

⁶² El AMEU como tecnología fue leído por las xenofeministas como una herramienta que brindó enormes oportunidades en relación a la conquista de una mayor autonomía reproductiva. En su libro sobre tecnologías de género y políticas de reproducción, la integrante del laboratorio feminista internacional Laboria Cuboniks, Helen Hester, afirma en relación a este artefacto que: “Nos encontramos con que el desarrollo y la apropiación de tecnología fueron parte decisiva de los esfuerzos del movimiento feminista por desafiar el sexismo y el afán de lucro del sistema médico de atención de la salud” (Hester, 2018, p. 87). Recupera, en clave histórica, la construcción de esta tecnología en particular y habilita a realizar algunas preguntas en la misma línea que se vienen problematizando en este trabajo en torno al misoprostol. En este sentido, “el xenofeminismo no desdeña de las herramientas complejas por considerarlas inherentemente irre recuperables, sino que incita a abrir distintos debates acerca de su diseño, implementación y posibilidades” (Hester, 2018, p. 78). Entonces, así como las mujeres del nordeste brasilero tomaron la medicación como propia, reconfigurando sus contraindicaciones en indicaciones en pos de sus necesidades, sus experiencias y sus trayectorias... ¿es posible problematizar el AMEU en esa misma clave en Latinoamérica? Hester propone pensarlo como “una tecnología diseñada por las feministas para eludir las restricciones médicas y jurídicas que limitaban el acceso al aborto” (Hester, 2018, p. 87), de la misma manera que hemos pretendido indagar sobre la construcción socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol durante este trabajo.

AMEU compara el uso del misoprostol solo, la combinación con mifepristona y esta técnica:

Para mí la mejor técnica es la que la mujer, escuchando los procesos, pueda elegir y así lo va a transitar de la mejor manera. Son procesos muy distintos digamos. El tratamiento medicamentoso implica poner un poco más el cuerpo... muchas veces todavía nos falta el tema de una buena analgesia, entonces muchas tienen dolor [...]. Después en comparación con el AMEU, me parece que, como no tenemos la mifepristona, el AMEU logra una eficacia del 100%, con una técnica segura, con bajas complicaciones, bajos costos para los equipos, pero bueno... el AMEU es una práctica quirúrgica, que es de baja complejidad, pero no deja de ser quirúrgica, hay que acostarse en una camilla, colocar un espéculo, anestesia local, etc. MG6.

La médica entrevistada compara los pros y contras de las tecnologías existentes en el sistema de salud rosarino para garantizar una interrupción del embarazo. Aunque la discusión en torno de las tecnologías reproductivas es sumamente central en relación a la pregunta por el aborto autogestionado, en este trabajo nos hemos centrado específicamente en el uso del misoprostol, por lo que nos hemos enfocado en cómo los diferentes actores construyen al artefacto. En capítulos anteriores hemos mencionado a los/as farmacéuticos/as como un actor central en relación al acceso a la medicación y a la información sobre el uso de la droga. A continuación, resulta pertinente hacer hincapié, ya no en cada uno/a de los/as farmacéuticos/as, sino en la industria farmacéutica que, en el caso de la provincia de Santa Fe, cobró un rol clave en torno a su fabricación.

La producción pública de medicamentos resulta un aspecto nuclear para pensar las políticas económicas al incidir en la regulación de precios debido a que la disponibilidad de medicamentos a un valor menor al de mercado posibilita la optimización de los recursos estatales en el diseño de políticas sanitarias (Quiroga & Carro, 2021). En relación a esta política pública, un avance significativo ocurrió en el 2008 cuando se creó el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos (Zelaya et al., 2021).⁶³ Tres años después se sancionó la Ley 26.688, que declaró de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos y materias primas en esa línea y, en 2015, se creó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, cuyo objetivo fue la articulación entre la oferta y la demanda en

⁶³ Resolución 286/2008 del Ministerio de Salud de la Nación.

relación a la producción pública de medicamentos (Abrutzky et al., 2017; G. M. Santos, 2017).

En este marco, nos interesa indagar sobre el caso del Laboratorio LIF SE en la provincia de Santa Fe en relación específica a misoprostol.⁶⁴ Aunque desde 2012, la provincia garantiza de forma gratuita la medicación para los casos de ANP, primero, e ILE después, en 2013, el laboratorio comienza a investigar el desarrollo de una fórmula específica de misoprostol solo –recordemos que en ese momento la única presentación de misoprostol que existía en Argentina era en combinación con diclofenac producido por Laboratorios Beta– (Zelaya et al., 2021). Ahora bien, a partir del pedido del área de Salud Sexual y Reproductiva y de las sociedades con ONGs internacionales, como la compra de la medicación tenía un costo muy alto para el Estado provincial, el laboratorio trabajó durante cuatro años en la fabricación de la medicación y, en 2017, “logró estar en condiciones de abastecer al sistema público de salud de todo el país, una vez que terminaron las pruebas de estabilidad sobre el primer lote de 100.000 comprimidos de uso obstétrico” (Venticinque, 2020, p. 75).⁶⁵

En 2019, el ministro de salud de la provincia, Carlos Paroda, sostenía, en una entrevista con el medio local *El Ciudadano* que querían convertirse en productores de misoprostol a nivel nacional pero aún era necesario esperar los permisos correspondientes (Buchara, 2019). No obstante, pese a los esfuerzos por mejorar la accesibilidad al misoprostol, no era suficiente su producción estatal para garantizar el acceso de toda la población. Ya en 2001, en la investigación realizada por Ramos et al. se hacía hincapié en cómo los/as profesionales de la salud “son los mediadores de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, población y familia del Estado” (Ramos et al., 2001, p. 27). En relación al acceso al misoprostol, Venticinque alerta específicamente sobre el rol de los/as trabajadores/as de las farmacias al respecto:

⁶⁴ La instalación para elaborar medicamentos y abastecer las necesidades de la provincia fue creada en 1947 como parte de una política nacional de implementar las Farmacias Hospitalarias. En la década de 1990 se producen inversiones en equipamiento e infraestructura aumentando la capacidad de abastecer al sistema sanitario. En 2007 sufre su último cambio de dominación –recuperando el nombre original– y al año siguiente consigue la aprobación de la ANMAT para abastecer el programa REMEDIAR de toda la provincia. En la actualidad abastece al sistema de atención primaria de la salud de Santa Fe.

⁶⁵ El monopolio construido por Laboratorios Beta le permitía establecer el precio en unos USD 137, mientras que las Naciones Unidas indicaba que podía producirse por U\$S 5 (Quiroga & Carro, 2021). En un informe de REEDAS, Luchetti y Ramón Michel analizaban que “su costo es aproximadamente 100 veces menor que el de cualquier otra prostaglandina –aunque situaciones monopólicas del mercado farmacéutico de un país pueden encarecerlo–” (Luchetti & Ramón Michel, 2019, p. 2).

Otro problema fundamental en relación a la distribución del misoprostol se encuentra en la coordinación de las farmacias de los hospitales provinciales, estos espacios suelen estar a cargo de objetorxs de conciencia declaradxs y obstaculizadorxs. En este sentido, observamos que la posibilidad de acceder a los comprimidos depende mucho de la voluntad de quienes gestionan los hospitales y de las redes artesanales que se construyen para poder comprarlo (Venticinque, 2020, p. 75).

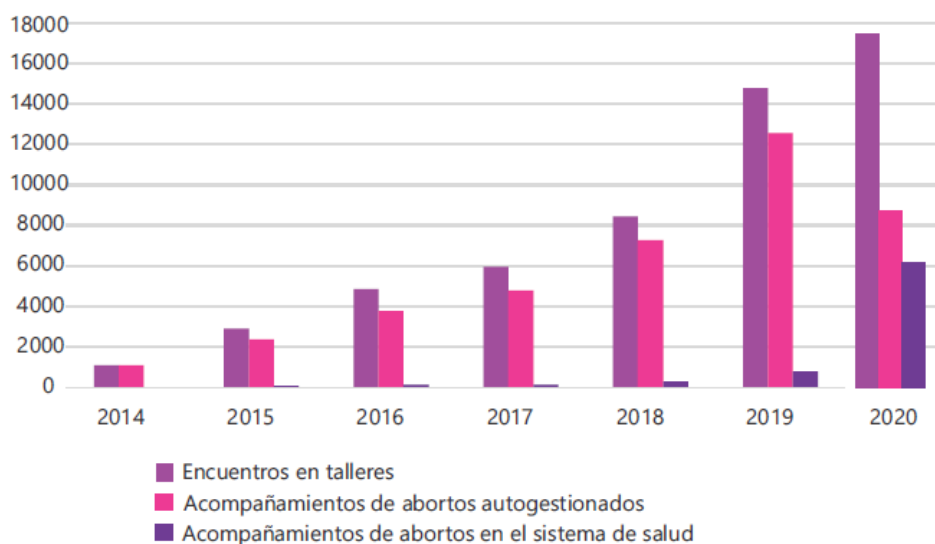
Lo que nos interesa señalar sobre este aspecto es que, así como los perfiles de formación y las creencias de las personas influyen en la garantía del derecho a la ILE, aquí vemos que los/as farmacéuticos/as operan como un eslabón central entre la política pública que garantiza el derecho y las personas que quieren acceder a él.

Por último, es importante señalar que pese a las complicaciones que tuvieron que afrontar las personas para acceder a una interrupción durante estos años producto de *los grises* que existían en la implementación de las políticas de ILE, también se consolidaron espacios dentro y fuera del sistema de salud en pos de garantizar el acceso a este derecho. De este modo, las articulaciones que se generaron entre profesionales fueron clave para poder poner al aborto en el centro de la discusión y conformar alianzas con las redes feministas. A este colectivo nos referiremos específicamente en el próximo apartado.

Las redes feministas en la producción de sentidos sobre la legalidad de la droga abortiva

Como ya hemos mencionado, a partir de los diversos sucesos que acontecieron en los primeros años de la década de 2010, es posible advertir un consenso en relación al uso del misoprostol como método abortivo. La controversia en torno a la posología se cierra en una indicación común entre todos los grupos sociales relevantes. No obstante, al comienzo de esta década, aún se realizaban en nuestro país muy pocos abortos con misoprostol en relación al crecimiento sustancial que la práctica adquirirá en los años siguientes. Si tenemos en cuenta las estadísticas construidas por Socorristas en Red, mientras que en el 2014 realizaron 1.116 encuentros en talleres cuyas situaciones se resolvieron en acompañamientos en casos de aborto, en 2020 (aun teniendo en cuenta el contexto de pandemia de COVID-19) realizaron 17.534 talleres, de los cuales 8.867 resultaron en acompañamientos de abortos autogestionados y 6.430 en derivaciones al sistema de salud.⁶⁶ Esta posibilidad de derivación al sistema de salud es consecuencia de las alianzas a las que hicimos referencia en el apartado anterior.

Mujeres y otras personas con capacidad de gestar en talleres, acompañamientos de abortos autogestionados y en el sistema de salud. Años 2014-2020.



Fuente: Comisión de Sistematización de Socorristas en Red (feministas que abortamos)

11 Informe presentado por Socorristas en Red

⁶⁶ Socorristas en Red denomina talleres a los encuentros colectivos que realiza con las personas que solicitan acompañamiento en situaciones de aborto.

En estos datos podemos observar cómo se fueron incrementando los talleres desde 2014 y el aumento sustancial de 2018 y 2019 –a partir de la difusión que adquirió Socorristas en Red en la primera discusión parlamentaria del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo–. A su vez, resulta significativo el aumento de los acompañamientos que fueron derivados al sistema de salud durante el 2020, que se debe principalmente a dos situaciones. Por un lado, las militantes feministas de Socorristas en Red sostienen que:

Parte de nuestro hacer activista se redireccionó a acompañar abortos dentro del sistema de salud y eso se refleja en los datos presentados. Fue una política deliberada y ofensiva, orientada por las dificultades impuestas por el contexto para que las redes feministas internacionales apoyen los procesos de abortos autogestionados y, en ese marco, aprovechamos ciertas oportunidades políticas como las definiciones de la ILE como servicio esencial y la decisión política de la DSSyR⁶⁷ de proveer misoprostol al sistema de salud.⁶⁸

Por otro lado, lo que Socorristas en Red denomina como oportunidad política fue posible a partir de articulaciones que se habían realizado con efectores/as de salud y del crecimiento de otros espacios como la Red de Profesionales que, tal cual analizamos en el apartado anterior, uno de los primeros lugares del país donde estas articulaciones comenzaron a intervenir en el sistema público de salud había sido el municipio de Rosario. Los datos recopilados por el Estado y las redes de acompañamiento feminista dan cuenta de cómo el uso del misoprostol en la inducción de abortos fue creciendo durante toda la década analizada.

Ahora bien, como mencionamos en la introducción de este capítulo, la propuesta analítica de pensar la articulación entre colectivas feministas como Socorristas en Red y los/as profesionales de la salud y no su conceptualización como un mismo grupo social relevante tiene que ver con una discusión en torno al uso de la medicación de forma ambulatoria. Este aspecto se entrama con un debate en torno a la consigna “aborto legal en el hospital”. Mientras que dicho lema había sido central en la década anterior con el surgimiento de la Campaña y aquella idea de que el aborto era la primera causa de mortalidad materna que lo transformaba en un problema de salud pública, en esta década, Socorristas en red busca hacer hincapié en la necesidad de desmedicalizar el aborto. En

⁶⁷ Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

⁶⁸ Disponible en el último informe público presentado por Socorristas en Red y disponible para su descarga en <https://socorristasenred.org/category/sistematizaciones/> Consultado el 15/02/2022.

sus intervenciones públicas, el énfasis está puesto en que el aborto medicamentoso es una práctica de baja complejidad que se puede realizar de forma ambulatoria y, por tanto, con el conocimiento que circula entre feministas no es necesaria la participación de un/a médico/a. Incluso, antes de la pandemia de COVID-19 de 2020 que llevó al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, Socorristas en Red disponía de redes con organizaciones internacionales para acceder a la medicación sin necesidad de coordinar con el sistema de salud. En este sentido, queremos enfatizar que la construcción del misoprostol como abortivo por parte del movimiento feminista recorre otros escenarios que presentan algunas resistencias al sistema de salud –a partir de considerar evidente la violencia patriarcal del modelo sanitario como la norma y aquellas médicas feministas dentro de los CAPS y hospitales como la excepción– y que se entrama en otras redes internacionales.

Sin embargo, el proceso de estabilización en torno al artefacto también estuvo atravesado por diferentes discusiones sobre la práctica en sí misma, a medida que iba adquiriendo visibilidad en el marco de la clandestinidad. En este sentido, la forma de acceder a la información y a la medicación no fue sencilla. Pese a que en algunas ciudades del país se fueron generando estrategias para que sea más accesible, hasta la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2021 no fue homogéneo el acceso a la información y a la medicación.

En el capítulo 3 hemos propuesto analizar dos ejes puntuales de las experiencias de las personas en torno al aborto medicamentoso: la forma de acceder a la información por un lado y a la medicación por el otro. Los conflictos asociados a estos ejes se mantienen durante la presente fase, pero pese a lo vertiginoso de los cambios, no comenzaron a resolverse de la misma forma en todos lados. El relato que se presenta a continuación permite ser pensado como un disparador de estos temas.

Mi primer aborto fue en el 2012. Con un libro de Lesbianas y feministas prestado, conseguimos una receta vacía y la completamos: Oxaprost. Lo hice con una amiga y no teníamos ni idea de cómo iba a ser. Me dolió un montón, pero enseguida retomé la vida normal. A los tres días, me dolía tanto que fui a una guardia, y aunque mentí, me hicieron preguntas insistentemente.

El segundo fue dos años después. Con la experiencia anterior, robé un sello de mi trabajo, me hice la receta y salí a recorrer farmacias. Conseguí ocho comprimidos y lo hice sola.

En el 2016, aborté con socorristas, con mifepristona y misoprostol, casi sin dolor, menos síntomas y una gestación más avanzada.

Al año siguiente fue mi cuarto aborto, con mifepristona y misoprostol, con una pareja que no me acompañaba, lo que generó que me costó terminar el proceso.

Así llegué a mi quinto aborto: derrotada emocionalmente y no queriendo pasar nunca más por esta situación. Lo hice con mifepristona y misoprostol, con una amiga, con las socorristas, con una médica amiga de la Red de Profesionales. Así hice un proceso que creí normal pero cuando me fui a controlar, tenía el saco gestacional. En el hospital me querían internar y hacer un legrado. Me fui. Bah, me escapé. Mi amiga me trajo misoprostol, pero expulsé antes de llegar a usarlo, quizás por todas las intervenciones que me hicieron en la guardia de ginecología. Luego de esa experiencia, no me volví a controlar. MU21.

En el relato en primera persona se puede observar cómo los cinco abortos fueron distintos. Primero con el libro de Lesbianas y Feministas y luego, con las Socorristas; con Oxaprost y, finalmente, accediendo a un aborto medicamentoso con mifepristona y misoprostol; un aborto, sola, otros, acompañada, y uno, con quien poco tenía de acompañante.

En el primer aborto narrado, a diferencia de las experiencias de la década anterior, el libro de Lesbianas y Feministas emerge como una puerta de acceso a la información sobre el misoprostol. Así como durante los años previos las personas indagaron en internet, en esta década dicho manual comienza a ocupar un lugar relevante:

En verdad también busqué en internet un poco, lo que dice el librito no es algo que salió de la nada y dije ‘voy a rajatabla’, era eso y buscar en internet, con las dos cosas me cerraba lo que estaba leyendo y además creo que me había fijado que había comentarios de algunas personas, estimo que eran mujeres, también leyendo eso y mucho de otros países. El libro era como el manual que tenés delante de los ojos, si tengo alguna duda lo tengo acá y no tengo que empezar a buscar en la computadora. MU5.

El libro, como vimos en el capítulo anterior, había permitido articular algunos aspectos que hacían a las experiencias de las personas en sus abortos medicamentosos atravesados por la clandestinidad. En este sentido, el surgimiento de las colectivas de acompañamiento feminista tuvo un rol clave. Otra entrevistada, recordando cómo conoció la medicación, hacía énfasis en esta centralidad en el proceso de construcción del artefacto: “Cuando conocí el misoprostol [en un encuentro con Socorristas] y me explicaron lo que era pensé... ‘que astucia las mujeres de darse cuenta que un protector

gástrico las puede ayudar a hacer esto de manera segura’. O sea, es como la clandestinidad más astuta” MU19.

No obstante, pese a la relevancia que comenzaba a tomar el artefacto como método abortivo seguro, una de las preocupaciones seguía siendo el acceso a la medicación.

Estuve toda la semana viendo cómo mierda conseguía el misoprostol. Lo conseguí porque uno de mis amigos trabajó mucho tiempo en farmacia. Entré y dije soy amiga de mi amigo. Tipo que en un costadito me lo dio, cuánto es y listo chau. MU5.

Costó conseguirlo en ese momento. Lo buscamos bastante. Después de lo difícil que fue conseguirlo y la incertidumbre de conseguirlo, [el proceso] fue bastante fácil. Empezamos por farmacias, porque pensamos que era ‘hola, dame un kilo de misoprostol’. MU8.

En ambas citas, de abortos ocurridos en 2011 y 2012, es posible observar las complejidades de acceder al misoprostol en las farmacias y cómo las travesías de las mujeres en su búsqueda seguían asemejándose a la década anterior. En los años siguientes empezaron a crecer las redes para conseguir la medicación, la información, el contacto en el centro de salud, etc. A raíz de estas dificultades, comenzaron las articulaciones con el objetivo de ‘ayudarnos entre nosotras’: datos de farmacias que vendían la medicación sin receta, farmacéuticos/as ‘amigables’, ‘donaciones’ de pastillas –un banco de comprimidos que se armaba con las que le habían sobrado a otra persona que compró el tratamiento completo–, etc.

Al final de la década, en algunas ciudades fue radical el cambio en torno al acceso a la medicación. En el 2018, “en los CAPS se sabía que ya había un par de médicas que recetaban misoprostol [...]. [La médica] Me preguntó si tenía obra social o si lo podía pagar. Me hizo la receta y me lo compré en la farmacia” MU23. Sin embargo, en otros lugares, los cambios fueron más paulatinos y dependieron de los contextos provinciales o municipales sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En aproximadamente cinco años, con matices según la región, se pasó de la compra ilegal del misoprostol a precios exorbitantes, a la receta realizada por un/a profesional y garantizada por una obra social en el marco del Protocolo de ILE. Estos cambios son reconocidos tanto por los/as médicos/as dentro del sistema de salud, como por las mujeres en los relatos sobre sus abortos:

Está bueno, a pesar de esos mambos más personales, poder hablar de lo que pasa todo el tiempo. No nos hagamos los pelotudos... hay información, hay red, hay empoderamiento. Después de la primera vez me sentí muy empoderada, a pesar de haber sido un aborto, me sentí bien, fue una decisión y algo salió de una manera no esperada y todo se fue dando de manera sana, no hubo en el medio nada choto, no tuve que ir a un lugar clandestino, ni fumarme comentarios de mierda, ni nada, me hizo muy bien. MU8.

Resulta central poder contextualizar que algunas de las experiencias de quienes atravesaron interrupciones de su embarazo en la clandestinidad son también historias de acompañamientos feministas, de redes de mujeres que se organizaron durante muchos años para acompañarse. Y en esas redes, lo que circulaba era el misoprostol, ese artefacto que, desde hacía décadas, venía cobrando más relevancia en las trayectorias reproductivas y no reproductivas de las personas. Ahora bien, cuando hablamos de redes no nos referimos solo a las experiencias colectivas de acompañamiento con un horizonte político, una reivindicación feminista y una organización territorial. También, es posible recuperar otras formas de acompañar los abortos con misoprostol. En 2011, con 27 años, en Salta, con un embarazo producto de una situación de abuso y un ginecólogo que, frente a la pregunta de “¿qué opciones tengo?”, respondió “la opción es que tenés una hermosa edad para ser madre”, una entrevistada fue en busca de esas redes. Otras mujeres que, no siendo necesariamente feministas, ya habían empezado a buscarse y a encontrarse.

Me fui al Bajo para que me vendieran una pastilla. Ya había leído de este manual, por Facebook, por las redes sociales, el manual de cómo abortar con pastillas, que es conocido. La cosa es que voy al Bajo a ver a las prostitutas. Las prostitutas me ayudaron, yo tenía mucha culpa... Veía en ellas como una suerte de comunidad, era muy loco eso. Me acerqué y me llevaron con una enfermera, que me puso una inyección diciendo ‘con esto se te pasa, volvé la semana que viene’. La cosa es que después fui yendo y no tenía resultados. En ese momento pensé ‘si no consigo el misoprostol, lo mejor que me puede pasar es que alguien me apuñale acá, es lo mejor que me puede pasar en ese panorama’. Fui a buscar misoprostol en varios lugares. En una farmacia en Salta, cuando lo estaba pidiendo, la farmacéutica me dijo ‘te rajás ya de acá o llamo a la policía’. No entendía nada, estaba totalmente desesperada, hasta que, por el dato de una de las prostitutas, llego a un *dealer* de droga. Yo tenía 27 años, no había probado la marihuana, era una salame que andaba con esta situación. Era un *dealer* re pesado y le compré a él una pastilla, me salió en ese momento 3.000 pesos, no me olvido más. MU6.

Este relato ilustra todos los ejes que han sido analizados en este capítulo: el acceso a la información sobre el uso seguro del misoprostol y el rol clave que adquirió el manual publicado por Lesbianas y Feministas; la búsqueda desesperada del misoprostol donde se

entrecruza la legalidad, al intentar conseguirlo en una farmacia, y la ilegalidad absoluta en la compra a una persona que se dedica a la fracción y distribución de drogas; las redes que se tejen entre mujeres, en este caso, entre nuestra entrevistada, una joven de clase media, y las prostitutas que trabajan en el Bajo salteño. No obstante, es claro que las experiencias que más relevancia adquirieron para la construcción socio-técnica y tecnocultural del artefacto fueron las que llevaron adelante aquellos actores identificados como grupos sociales relevantes.

En esta línea, es importante señalar que, si bien las colectivas de Socorristas en Red tenían una serie de elementos en común, no funcionaban todas de la misma manera. Aunque esta situación se puede analizar en diferentes dimensiones –como la realización de talleres individuales o grupales, las diversas estrategias de seguimiento telefónico, el hincapié en el control post aborto o una postura más autonomista al respecto, etc.–, nos interesa en torno específicamente a la droga. Es decir, en diversas zonas del país, las maniobras realizadas para conseguir la medicación también fueron particulares.

En un primer momento, como sucedía entre los/as profesionales de la salud, la militancia feminista utilizó diferentes estrategias de acceso. En la Patagonia, “pedíamos a compañeros con obra social que reconocía el Oxaprost, la orden médica y les contábamos ‘¿Querés dar tu orden para un tratamiento?’ Entonces comprábamos más baratas e íbamos armando como un banquito para esas mujeres.” MF1. En Mar del Plata, provincia de Buenos Aires, “había una farmacia que sabíamos que vendía sin receta y medio que mandábamos a comprar ahí.” MF9. En Córdoba, la farmacia ubicada en la terminal de ómnibus, vendía la medicación sin receta, entonces, las integrantes de socorristas cordobesas decían que, al llegar a la ciudad en colectivo, “háganse una pasadita por la farmacia de la terminal porque les van a vender. Lloren un poquito la carta, como que son las embarazadas y están muy mal por esto, que hay una vendedora que te va a vender.” MF1. Por otro lado, también se crearon contactos con ONGs internacionales que enviaban la medicación a Argentina, como Woman on Waves. Dichas organizaciones tenían el mecanismo de envío de la medicación post pago y, teniendo en cuenta los problemas de acceso a la medicación en América Latina –sobre todo en relación a la mifepristona–, se utilizaban esas redes tejidas entre las propias colectivas feministas.

Ahora bien, así como se avanzaba desde las colectivas en la búsqueda del misoprostol para garantizar los abortos medicamentosos, con matices en diferentes

regiones de la Argentina, también, algunos contextos presentaban mayores hostilidades que otros. El caso de la provincia de Mendoza es emblemático en este sentido, pues el Ministerio de Salud de la provincia, con la Ley 8.116 del año 2009 denominada “Misoprostol Condiciones de Venta”, había establecido la prohibición de la comercialización del misoprostol solo o en combinación y limitando su uso exclusivamente al ámbito institucional sanitario. Las implicancias de esta ley eran claras: aún con una receta expedida por un/a médico/a, ninguna persona podía comprar misoprostol y solo lo podía proporcionar el Ministerio de Salud. Aunque claramente esta situación estaba asociada a los usos abortivos de la medicación, resulta significativo que la prohibición de la comercialización del fármaco implicaba que tampoco podía ser recetado con fines gastroenterológicos. En contraposición, nos hemos referido al caso de la municipalidad de Rosario, emblemático por haber sido uno de los primeros municipios en garantizar el misoprostol dentro del sistema de salud, dando cuenta de la heterogeneidad del país respecto de la disponibilidad y oferta de esta droga y, por ende, de las características diferenciales del accionar político local en cada contexto.

En este sentido, cobra mayor relevancia que estas experiencias en contextos dispares hayan podido encontrar una confluencia en espacios de articulación como el que proponía Socorristas en Red.

Con Socorristas fue genial, porque cambió todo. Estaba todo súper actualizado, además. Eran compañeras formadas para eso, para acompañar, para pasar información y hacer todo el proceso. Que era lo que siempre sentimos que tenía que ser. Y no ese proceso en soledad que pasamos varias mujeres en la primera etapa. MU20.

Eso me flashó siempre de los acompañamientos... hay una cosa de hermandad. La complicidad de deshacer los prejuicios [...], ese momento de complicidad genera ese intercambio súper fraterno. MU19.

Estos relatos dan cuenta de la centralidad que tuvo Socorristas en Red en las experiencias de aborto durante estos años y en la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol en relación a la circulación de la información sobre su uso y el puente entre las personas que se comunicaban con ellas y la medicación. Aunque las relaciones entre este grupo y algunos/as profesionales de la salud ya se estaba gestando desde la década anterior, es clave poner en el centro de la discusión al misoprostol como articulador de esta trama de relaciones: en un primer momento, en la construcción de

lazos en torno a las consejerías de reducción de riesgos y daños y los primeros materiales de difusión que circularon desde la Campaña sobre el uso seguro del misoprostol. Pero también, en esta década, como un actor central en la re-configuración del aborto clandestino como una práctica habitual y, por lo tanto, en la visualización de su uso en los métodos abortivos.

En el próximo apartado nos centraremos en el proceso que se sucede entre 2018 y 2020, cuando entendemos que culmina la cristalización de la droga como un inductor de contracciones utilizado principalmente en la realización de abortos ambulatorios.

La estabilización de la indicación abortiva del artefacto

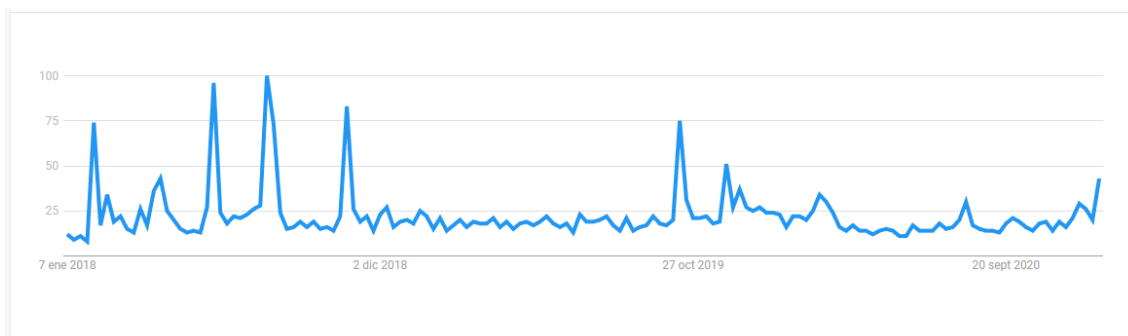
En el estudio de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol como droga abortiva, a fines de la década de 2010, analizamos la estabilización de su posología a partir de los elementos descritos en el capítulo anterior. Aquí, nos hemos centrado en problematizar cómo dicha co-construcción se entramó en las prácticas de las personas que lo utilizaron para interrumpir gestaciones, las militantes feministas que las acompañaron y los/as efectores/as que lo hicieron dentro del sistema de salud, haciendo hincapié en la clandestinidad en la que acontecía. A partir de este aspecto como referencia central, proponemos que el proceso de estabilización del misoprostol como droga abortiva legal culmina entre los años 2018 y 2020.

En primer lugar, indagaremos en los sucesos acontecidos en febrero de 2018 cuando el misoprostol se vuelve tendencia en las búsquedas de Google al mismo tiempo que, el entonces presidente de la nación, Mauricio Macri, anunciaba que impulsaría el debate parlamentario sobre la legalización del aborto en la apertura de las sesiones legislativas. En este apartado, recuperaremos algunas de las intervenciones públicas que realizaron profesionales en las Cámaras de Diputados y Senadores en dicho debate. En segundo lugar, como consecuencia de este proceso, se analizará la legislación de la ANMAT que aprueba el uso ginecobstétrico del misoprostol y su repercusión en la producción de la droga en los laboratorios, públicos y privados, que comenzaron a producirlo. Por último y a modo de conclusión, se presentan unas breves reflexiones en torno al proceso de aprobación la ley de Interrupción voluntaria del embarazo en 2020.

Tendencia en redes y arribo al Congreso de la Nación

En este apartado nos interesa analizar cómo el misoprostol 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. Para comenzar, presentaremos un gráfico donde se puede observar la distribución porcentual de las tendencias de búsquedas del término misoprostol en el buscador de Google para el

período 01/01/2018 al 31/12/2020.⁶⁹ La representación de acceso público de “Google Trends” no permite el acceso al total absoluto de búsquedas, sino que presenta los datos porcentuales tomando como porcentaje máximo la semana en que más búsquedas se realizaron y luego calcula automáticamente sus porcentajes relativos.



12 Tendencias de búsqueda del término misoprostol en el Argentina para el periodo 2018-2020

En el gráfico pueden observarse una serie de picos de búsqueda. El primero de ellos sucede entre el 4 y el 10 de febrero de 2018 donde hubo un 76% de las búsquedas máximas del término. Esa semana, la actriz y comunicadora Señorita Bimbo menciona en el programa televisivo *Intrusos en el espectáculo*, dedicado a las noticias del espectáculo, la existencia del misoprostol para la realización de abortos de manera segura y ambulatoria. Esas declaraciones se hicieron en el marco de una entrevista donde la comediante y periodista conversó con Jorge Rial, el conductor del programa, sobre violencia de género, abuso sexual, diversidad corporal, discriminación, educación sexual integral y también sobre el aborto, logrando que, entre los titulares que surgieron de esa conversación uno sea: “conozcan el misoprostol”. El aborto ya estaba en la agenda pública porque se había confirmado que se trataría, por primera vez, el proyecto de ley de IVE en el Congreso Nacional.

Sobre esta cuestión, las Doctoras en Ciencias Sociales y docentes de la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires, Libertad Borda y Carolina Spataro (2018) sostienen que el término se vuelve tendencia nacional en el buscador debido al espacio que empezó a ocupar el tema en la cultura de masas. Como

⁶⁹ Para ver el gráfico interactivo con información adicional dirigirse a <https://trends.google.com.ar/trends/explore?date=2018-01-01%202020-12-31&geo=AR&q=misoprostol> Consultado el 7/6/2022.

consecuencia del impacto televisivo del aborto en general y el misoprostol en particular, Borda y Spataro afirman que:

El 19 de febrero [de 2018] la Campaña convocó a un pañuelazo frente al Congreso. La masividad del mismo y la cobertura de diferentes medios daban cuenta de que algo había cambiado: el aborto había entrado en la agenda mediática como nunca antes. A partir de entonces el tema se multiplicó en las voces de las famosas, pero también de las integrantes de la Campaña, que comenzaron a aparecer en los canales de televisión abierta, en los noticieros del cable, en las radios, en la prensa [...]. La posibilidad de sostener ese debate en el entramado mediático tuvo que ver con una ventana de oportunidad que se abrió por casualidad, y que se cerró abruptamente después de la aprobación de la Cámara de Diputados el 13 de junio, por el interés del público que incrementaba el rating, y con un movimiento feminista organizado alrededor de la Campaña que pudo dar respuesta a esa demanda (Borda & Spataro, 2018, p. 15).

Así como mencionan las autoras, el 14 de junio de ese año, con la aprobación en la Cámara de Diputados del proyecto de ley presentado por La Campaña, se puede observar en el gráfico el segundo pico de búsquedas del término, que alcanza un 97% y transcurre entre el 10 y el 16 de junio de 2018. A la aprobación del proyecto en la cámara baja se arribó con más de 100 horas de intervenciones de profesionales de siete minutos, tanto a favor como en contra del proyecto. De esas intervenciones, donde el misoprostol tuvo una presencia notoria, nos interesa rescatar dos: la de María Paula Botta –médica generalista e integrante de la Red de Profesionales– y la de Ruth Zurbriggen –activista feminista de La Revuelta y Socorristas en Red.

Fueron las historias de cada una de las mujeres que acompañé, y ser testigo a la vez de la violencia que el sistema de salud ejerce sobre el cuerpo de las mujeres, lo que me llevó a formarme en técnicas de aborto seguro. Cuando hablamos de técnicas de aborto seguro, hablamos de métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud: el uso del misoprostol ambulatorio y la aplicación de la técnica de Aspiración Manual Endouterina. Para llegar hasta acá, fue necesario deconstruir toda una formación hegemónica, porque sin duda históricamente el poder médico se ha desarrollado y sostenido sobre el cuerpo de las mujeres. Y esa deconstrucción fue una apuesta personal, pero también empujada por un colectivo de mujeres que venía acompañando a mujeres con

embarazos no deseados cuando el Estado no lo garantizaba, sacándolo del closet y de la clandestinidad simbólica, las Socorristas en Red. (María Paula Botta).⁷⁰

Conforme damos este debate lo sabemos, todos los días hay quienes tienen urgencias por abortar, pues acá estamos. Somos muchas y muchos dando información, acompañando y garantizando derechos. Porque ya lo aprendimos. Este mundo puede ser más humano y amoroso sabiendo que multiplicamos los afectos y que nos tenemos entre nosotras. (Ruth Zurbriggen).⁷¹

Aunque hubo decenas de intervenciones que refirieron al misoprostol, a las redes de acompañamiento feminista y a las disputas dentro del sistema de salud, es clave mencionar que ni las estadísticas sanitarias, ni la movilización feminista en el espacio público, ni el debate sociocultural que inundó todos los espacios de la vida cotidiana, fueron suficientes para que los/as legisladores/as, el 8 de agosto de 2018, votaran el proyecto. Como consecuencia, el tercer pico de las búsquedas del término en Google transcurre en la semana del 5 al 11 de agosto, durante la votación y el rechazo del proyecto de ley en la Cámara de Senadores.

Pese a que el aborto no se legalizó ese año y aún no se sabía que volvería a discutirse dos años después en medio de una crisis sanitaria internacional, muchas personas consideraban que el debate se había ganado con la despenalización de la práctica en el debate público. Así, las situaciones de aborto –tanto para quienes utilizaron el misoprostol para abortar como para quienes acompañaron esos procesos– fueron diferentes a partir del debate nacional y, también, el conocimiento y el uso del fármaco.

Con el avance de toda la lucha feminista, tengo recuerdos que ahí empecé a escuchar del misoprostol. Cuando aborté ya había más información, ya se sabía. No sabía exactamente cómo iba a ser el procedimiento, pero ya sabía que existía eso y que iba a ser algo más sencillo. MU23

⁷⁰ Exposición de María Paula Botta, médica generalista, Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir – Rosario, el 18/04/2018 en la reunión informativa de plenario de comisiones para debatir la legalización del aborto. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=e7sScD3iUhk&ab_channel=CampAbortoLegal Consultada el 7/6/2022

⁷¹ Exposición de Ruth Zurbriggen, activista feminista de La Revuelta y Socorristas en Red, el 24/05/2018 en la reunión informativa de plenario de comisiones para debatir la legalización del aborto. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=zsKeD0MaNKU&ab_channel=REDAAS Consultada el 7/6/2022

El misoprostol lo conocí ya con experiencias de amigas del grupo, aparte que empezamos a movilizarnos pidiendo la legalidad del aborto, ahí empecé a conocer ya el uso y todas estas cuestiones. MU22.

Estar en Socorristas es militar en un espacio donde te van a estar solicitando 24/7. Navidad, año nuevo, el 8 de marzo... en el 2018, el día que perdimos la ley yo estaba acompañando a una piba. Y así todo el tiempo. Como que tu vida no deja de estar regida por eso. MF9.

Los testimonios ponen el eje en las implicancias de la militancia feminista, el uso del artefacto, las experiencias de las personas que abortaron y el devenir que tuvieron estas prácticas en su legalización. Ahora bien, también dan cuenta de que en 2018 el aborto comenzó a salir de la clandestinidad porque, con el debate de por medio, se despenalizó socialmente (Elizalde & Mateo, 2018; Gutiérrez, 2018). Para ese entonces, ya se tenía conocimiento de que las personas abortaban con misoprostol y se realizaban intervenciones en el espacio público sin que hubiera una persecución sistemática de quienes abortaban.

Aprobación de la ANMAT de la presentación para interrupción de la gestación

Como consecuencia de los debates anteriormente mencionados y de la presión de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, en agosto de 2018, la ANMAT aprobó la utilización de misoprostol para la realización de abortos legales. Aunque el organismo autorizó a una nueva empresa –el Laboratorio Domínguez– a producir y comercializar misoprostol en pastillas de 200mcg, restringió su uso al ámbito hospitalario, limitando así, las condiciones de accesibilidad al medicamento. Recién en octubre de ese año, mediante la disposición 946/2018 (anexo 2), lo autorizó a ofrecer nuevas presentaciones de 4, 8 y 12 comprimidos vaginales, además de la ya autorizada de 20, 48 y 100 comprimidos vaginales de uso exclusivo institucional y hospitalario. Vale aclarar que esta disposición coincide con el cuarto pico de tendencia en las búsquedas de Google del 2018.

De esta forma, termina de cerrarse un ciclo donde el uso *off label* del misoprostol, que venía imperando en las consultas médicas y en los espacios feministas desde hacía

décadas, se oficializa con la aprobación de la ANMAT. De todos modos, las implicancias concretas de esta aprobación no repercuten de manera directa en las experiencias de quienes venían utilizando el misoprostol como método abortivo, sino que su impacto es más bien indirecto en dos aspectos que nos interesa abordar aquí: la presentación de la medicación sin combinación y la regulación del precio a partir de la competencia.

Hasta la aprobación de la ANMAT, el misoprostol que se comercializaba en Argentina en comprimidos de 200mg venía en combinación con el diclofenac y era producido por el Laboratorio Beta. Aunque algunas redes feministas tenían contactos con movimientos internacionales que gestionaban la compra de Cytotec, no era de circulación legal. Además, el Laboratorio Domínguez ya producía misoprostol, pero solo en comprimidos de 25mg y de uso exclusivamente hospitalario.

Por lo tanto, hasta 2018, la única presentación de misoprostol que servía para realizar abortos era el producido por Laboratorio Beta, que incluso se licitaba desde algunas provincias para garantizar las Interrupciones Legales del Embarazo pese a que no estuviera creado con esos fines. El prospecto de Oxaprost presenta un recuadro resaltado donde sostiene que:

Este medicamento no debe usarse en mujeres de edad fértil a menos que tengan un alto riesgo de complicaciones gástricas asociadas al uso de antiinflamatorios no esteroides o alto riesgo de desarrollo de úlcera gástrica o duodenal, y en estos casos deben usarse medidas de contracepción efectivas.⁷²

Este recuadro permite observar cómo el hincapié radica en que no debe ser utilizado por mujeres en edad fértil y, en caso de no ser posible, se recomienda su uso junto con un contraceptivo. Este aspecto da cuenta de los reparos que se tenían para aclarar que la medicación no debía ser utilizada en mujeres embarazadas, o con posibilidades de embarazarse, por su potencialidad como generador de contracciones. Incluso, en las contraindicaciones del prospecto, se vuelve a resaltar esta situación:

OXAPROST® y OXAPROST® 75 están contraindicados en la embarazada. El misoprostol puede comprometer el embarazo ya que produce contracciones uterinas y puede producir interrupción del mismo. Existen reportes en Brasil sobre anomalías congénitas o muerte fetal asociadas al mal uso del misoprostol. Deba advertirse a las mujeres no embarazarse mientras estén tomando misoprostol, debe discontinuarse el uso del producto. El misoprostol induce contracciones uterinas

⁷² Ver anexo 3 al final del documento

y, en el primer trimestre del embarazo, puede ocasionar sangrado uterino y la expulsión parcial o total del producto de la concepción.⁷³

La idea de ‘mal uso’ de la medicación que analizamos en la primera fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto, donde indagamos en cómo se imprimieron sobre el fármaco las indicaciones y contraindicaciones, permanecen estables en el prospecto de Oxaprost pese a que se utilizaba *off label* desde hacía décadas como generador de contracciones.

No obstante, la aprobación de la ANMAT no impacta en las experiencias de las mujeres que ya venían utilizando el misoprostol como abortivo desde hacía décadas, ni en las prácticas de los/as profesionales que también realizaban la mayoría de las consejerías sobre aborto con misoprostol. Tampoco en las legislaciones de los Estados Provinciales que ya licitaban Oxaprost con fines abortivos con el Protocolo de ILE como marco. Sin embargo, sí impactó en las indicaciones de los prospectos del fármaco y en sus posibilidades de producción. En este sentido, el cambio rotundo que se genera con la inclusión del MISOP 200 –el nombre comercial de la droga que comienza a vender bajo receta en las farmacias el Laboratorio Domínguez– es que las indicaciones no son para el tratamiento de la artritis reumatoidea y la osteoartritis donde el misoprostol cumple una función citoprotectora de la mucosa gastroduodenal, sino para “dilatación y preparación del cérvix de útero previa a una histeroscopia y otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina”.⁷⁴

Pese a su uso como método abortivo ambulatorio, el prospecto del MISOP 200, como todo comprimido de venta bajo receta archivada, la posología establece que debe ser utilizado por médicos y se presenta como contraindicado en caso de embarazo o sospecha de embarazo. En este aspecto, se puede explorar la contradicción de una medicación que, según sus propias indicaciones, no debería usarse para inducir abortos, pero en la práctica su comercialización solo tiene ese fin.

Recién en 2021 –con la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo– la ANMAT aprobó la presentación de misoprostol de LIF SE para todo el país, que entre sus indicaciones presentaba “vaciamiento del contenido uterino en casos de aborto incompleto, aborto legalmente permitido, gestación anembrionada o detenida”

⁷³ Ver anexo 3 al final del documento

⁷⁴ Ver anexo 4 al final del documento

y solo estaba contraindicado en “personas embarazadas que desean continuar con la gestación”, dejando de lado la idea de ‘mujeres embarazadas’ y centrándose en un paradigma de derechos sobre la maternidad deseada.⁷⁵

Ahora bien, antes de la sanción de la ley de IVE a fines de 2020, ya se producían en Argentina dos versiones de comprimidos de misoprostol de 200mcg con fines exclusivamente abortivos: el de Laboratorio Domínguez y el de LIF SA que, hasta ese momento, solo podía utilizarse en el sistema de salud público de la provincia de Santa Fe. El Oxaprost, muy popular hasta 2018 por ser el único producido y de circulación legal en Argentina, dejó de utilizarse por las inconveniencias que generaba la combinación de diclofenac y por su elevado precio.

A partir de los informes realizados por el MISObservatorio, un colectivo de activistas cuya misión es “contribuir a democratizar el acceso a abortos seguros y, en este camino, el misoprostol es clave”, es posible analizar el aumento de precio del misoprostol desde los primeros años del siglo y problematizar cómo ello se traduce en un obstáculo para su acceso.⁷⁶ El primer informe, de agosto de 2020, sostiene que el precio del misoprostol, junto con el requisito de la receta archivada, son dos de las principales barreras de acceso que existen en la Argentina.⁷⁷

En relación al Oxaprost, en el siguiente cuadro se puede observar que, tomando como referencia los últimos dos períodos presidenciales, el precio del misoprostol creció exponencialmente. Entre 2011 y 2015, aumentó un 91%, pese a lo cual estuvo por debajo de la inflación del período que, según el Índice de Precios al Consumidor fue del 230%. En cambio, entre 2015 y 2019, el aumento fue del 1280% lo que representa el cuádruple de la inflación del período que, según el mismo índice fue del 363%.

⁷⁵ Ver anexo 5 al final del documento

⁷⁶ Disponible en <https://www.misobservatorio.org/nosotros/>. Consultado el 8/6/2022.

⁷⁷ El primer informe está disponible en <https://www.misobservatorio.org/2020/08/02/monitoreo-de-precios/>. Consultado el 8/6/2022.

Presidencia	Precio al inicio del mandato*	Precio al final del mandato*	Evolución nominal	Inflación acumulada**	Evolución real
CFK (2011-2015)	\$320	\$611,48	+91%	198,1%	-35,9%
Macri (2015-2019)	\$611,48	\$8441,43	+1280,49%	287,2%	256,5%

FUENTE: Observatorio Nacional de Acceso al Misoprostol en base a *KairosWeb e **IPC San Luis

13 Informe 1: monitoreo de precios del misoprostol. Publicado por MISObservatorio

En noviembre del 2018 sale a la venta el MISOP 200 con un valor de \$2.895, casi la mitad de lo que valía el Oxaprost \$4.451. Sin embargo, el informe sostiene que:

Alrededor de 1,2 millones de mujeres no puede afrontar los costos de una caja de misoprostol. Mientras que el costo mínimo del misoprostol fue de \$4828 pesos en marzo de 2020, el ingreso promedio de las mujeres del decil más bajo fue de \$3949 en el primer trimestre de este año, es decir, un 18,2% por debajo del costo del medicamento.⁷⁸

La cuestión en torno al precio de la medicación no es menor en las experiencias de las personas que desean abortar en Argentina, teniendo en cuenta los niveles de pobreza y las diferencias regionales en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por tanto, la implementación de la ley garantiza que el Estado provea el misoprostol para que muchas de ellas puedan interrumpir sus embarazos no deseados.

¡Al fin! La Ley de interrupción voluntaria del embarazo

Hacia fines de 2020, el misoprostol ya se había estabilizado como un fármaco abortivo. Su uso en la inducción de abortos era considerado legal por todos los grupos sociales relevantes desde 2018 y desde mucho antes que los/as profesionales de la salud, las personas que abortaban y las colectivas feministas lo utilizaran con estos fines. El proceso de discusión parlamentaria del 2018 había ‘sacado al aborto del closet’ o, como dirán Borda y Spataro:

⁷⁸ Informe 1: monitoreo de precios del misoprostol. Publicado por MISObservatorio. Disponible en <https://www.misobservatorio.org/2020/08/02/monitoreo-de-precios/>. Consultado el 8/6/2022.

De la mano de la cultura de masas, el debate por el aborto legal llegó a un público más amplio: a quienes no militan el feminismo, a quienes no están convencidxs de la necesidad de legalizar el aborto, a quienes escuchan con reticencia conceptos como patriarcado o que dudan sobre el lenguaje inclusivo; llegó a quienes estaban mirando la televisión para ver otra cosa [...]. La Campaña llevaba ya más de una década, pero hasta entonces no había podido impactar en la caja de resonancia que es la televisión. Durante 2018, la estrategia comunicacional de la Campaña supo articular al movimiento feminista organizado, a referentes de diferentes partidos políticos y a una gran parte de lxs protagonistxs de la cultura de masas sin pruritos y con mucha eficacia (Borda & Spataro, 2018, p. 8).

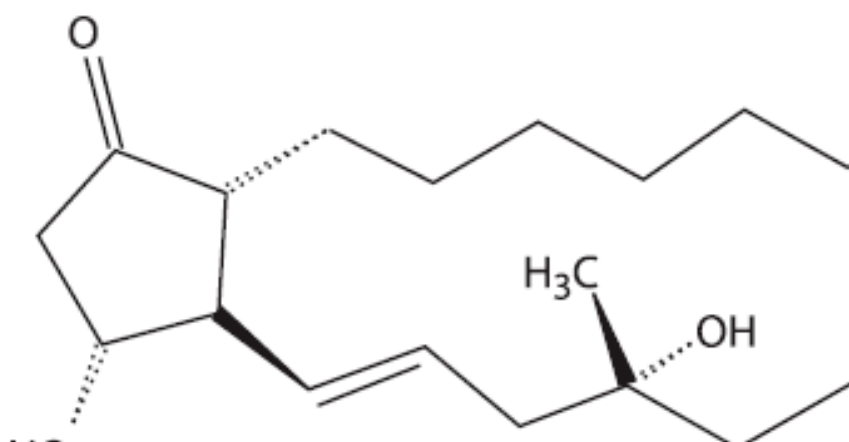
Como hemos analizado a lo largo de este capítulo, el uso del misoprostol era habitual en la interrupción legal del embarazo con una interpretación integral de las causales de no punibilidad. Para muchas feministas, sobre todo quienes participaban en colectivas como Socorristas en red, lo único que faltaba era modificar la idea de legal por voluntaria, pero la práctica estaba despenalizada de hecho por quienes garantizaban cotidianamente las interrupciones tanto dentro como fuera del sistema de salud. En este sentido, aunque ya ha sido ampliamente discutido que la criminalización del aborto no evitaba la práctica, cuando comenzó el debate, en 2018, el movimiento feminista supo construir lazos para que fuese posible intervenir públicamente al respecto. No solo con espacios de articulación como Socorristas en red, sino también con otras experiencias de acompañamientos que no formaban parte de esa agrupación política. A su vez, los/as profesionales de la Red se centraron en incorporar a otros/as efectores/as de salud que coincidían en que las mujeres debían poder elegir cuándo y cómo ser madres. Así, el misoprostol ya circulaba entre estos grupos y, cuando la ANMAT aprobó su indicación, ya se usaba *off label* hacía más de dos décadas. En algún punto, lo que cambió ese año fue la ampliación del debate y la popularización del contenido disponible.

En estas condiciones llegó el 2020, en cuyo transcurso, en plena pandemia mundial, se volvió a discutir el proyecto de ley. En esta segunda oportunidad se presentaron dos proyectos en simultáneo: uno desde la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y otro, desde el Poder Ejecutivo. Eran similares y establecían la interrupción del embarazo hasta las 14 semanas de gestación, así como la inclusión de la práctica en el Plan Médico Obligatorio. En relación específica al misoprostol, implicaba que fuese otorgado por el sistema público de salud y garantizado por las obras sociales o pre-pagas. Las diferencias radicaban en tres aspectos centrales. Por un lado, el sistema de plazos para garantizar la interrupción: mientras que el proyecto

de la Campaña establecía un máximo de 5 días, el del Poder Ejecutivo permitía el doble. Por otro lado, diferían en torno a la objeción de conciencia. Luego de muchas discusiones al respecto, la Campaña decidió no mencionar directamente la objeción de conciencia en su proyecto mientras que el Poder Ejecutivo establecía que el o la profesional de salud que deba intervenir en la IVE tenía derecho a ejercerla. Por último, una diferencia importante se presentaba en relación a las modificaciones puntuales del Código Penal y, por ende, a la penalización de las mujeres que abortan. En el caso del proyecto de La Campaña, en ningún caso la mujer sería penada, mientras que en el proyecto del Poder Ejecutivo, se establecía la penalización de la mujer fuera de la semana 14, a excepción de los casos de violación o salud posibilitando la interpretación de la causal salud por parte de los/as trabajadores/as.

Finalmente, el anteúltimo día del 2020, después de 12 horas de debate en la Cámara de Senadores, se aprobó el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo presentado por el Poder Ejecutivo. Con su implementación, en enero del 2021, se avanzó en pos de los derechos sexuales y no reproductivos de las personas en Argentina y se legalizó finalmente aquello que ya había sido despenalizado en la práctica desde hacía décadas y donde el misoprostol ocupó un rol central.

CONCLUSIONES



A veces, parece que este relato está tocando su fin. Para que no se llegue a la situación de que ya no quede nadie contando relatos, algunos de nosotros aquí entre la avena brava, entre el maíz alienígena, creemos que es mejor empezar a contar otro relato, que quizás la gente pueda seguir desarrollando cuando el antiguo relato haya terminado. Quizás. El problema es que nos hemos permitido ser parte del relato asesino, y puede que su fin también sea el nuestro. Por eso es con cierta sensación de urgencia que busco la naturaleza, el sujeto, las palabras del otro relato, del nunca contado, del relato de la vida.

Es un relato extraño, no se nos da con facilidad, no se nos pone en la punta de la lengua con la misma facilidad con la que lo hace el relato asesino. Aun así, «nunca contado» fue una exageración. La gente lleva siglos contando el relato de la vida, en muchos tipos de palabras y maneras. Mitos de creación y transformación, relatos de picaresca, cuentos folclóricos, bromas, novelas.

La teoría de la ficción de la bolsa de transporte (Le Guin, 1986, p. s/n)

En 1986, mientras la escritora de ciencia ficción Úrsula K Le Guin publicaba el texto que dio inicio a estas conclusiones, el misoprostol ingresaba a los mercados latinoamericanos. Aún no se sabía qué sería de esa droga que, aunque prometía algunos avances significativos en torno de sus usos gastroenterológicos, nunca adquiriría centralidad en ese campo. El fragmento forma parte del desarrollo de una serie de ideas sobre la literatura masculina y la construcción de aquel relato centrado en historias de espadas, de lanzas, de armas fálicas, donde se destaca un tipo de Héroe –que es hombre y es blanco- como su protagonista.

En esta tesis, el centro de la discusión estuvo puesto en otros/as protagonistas. Nos propusimos construir un relato a partir de las mujeres brasileñas que encontraron un prospecto de misoprostol con la indicación “prohibido usar en mujeres embarazadas” y comenzaron a utilizarlo; de las feministas argentinas que publicaron manuales de aborto o armaron colectivas de acompañamiento para estas situaciones; de médicas feministas investigando sobre los usos del misoprostol y editando fanzines; de amigas y acompañantes; de comprimidos circulando en guardias y en encuentros.

La matriz analítica de los estudios constructivistas (Bijker, 2008; Hackett et al., 2008; Oudshoorn, 1994, 1998; Oudshoorn & Pinch, 2003; Pinch, 1997; Pinch & Bijker, 1987; Wajcman, 1991, 2006) nos permitió indagar en las explicaciones sobre las cuales se construyó un relato sobre el misoprostol como un protector gástrico que ‘también’ servía para realizar abortos. Estas visiones de la innovación tecnológica, contrapuestas con la explicación lineal de la construcción de los artefactos, nos interesaron para construir preguntas sobre el carácter abortivo del misoprostol y no sus aplicaciones antiulcerosas.

Justamente, a partir del caso analizado fue posible problematizar los aspectos sociales, históricos y culturales de la droga, que no fue inventada para su implementación ginecológica y ni siquiera fue comercializada por la industria farmacéutica de esa manera pero aun así se convirtió en el fármaco más importante a nivel mundial para la realización de abortos ambulatorios (Diniz & Madeiro, 2012; Morgan, 2019; Zordo, 2016). Al mismo tiempo, hemos podido explicar el proceso de co-construcción entre tecnología y sociedad (Callon, 1998, 2008; Callon & Rabeharisoa, 2003) donde el misoprostol se desarrolló como tecnología relacionado directamente con el aborto medicamentoso, más allá de los ensayos pre-clínicos realizados sobre el fármaco. De esta manera, pusimos en discusión los fundamentos de que la medicina siempre está basada en evidencia y ponderamos los

usos y las apropiaciones que hacen distintos actores sociales de los desarrollos tecnológicos.

La incorporación de los estudios culturales fue clave para ampliar la discusión sobre el artefacto. Entenderlo como un problema de investigación tecno-cultural –y no solo socio-técnico– nos sirvió para situarlo en un campo de inscripción atento a sus condiciones materiales e históricas tanto de producción como de circulación, y a su estatuto ideológico y por ende político. En este sentido, nos enfocamos en las experiencias de quienes lo utilizaron, lo recetaron, lo investigaron y lo difundieron para poder atender a los usos y resignificaciones que los actores hicieron de él en cada momento y contexto histórico-cultural (Bach, 2010; Hall & Du Gray, 2011).

El cruce entre los análisis del constructivismo tecnológico con los estudios culturales nos permitió entender cómo las resistencias, las apropiaciones y los usos de los artefactos están situados en un contexto que los produce, pero también que dichos artefactos modifican las tramas culturales. Al hacer hincapié en diversas experiencias que se apropian de la construcción del misoprostol como elemento abortivo mientras que, al mismo tiempo, éste transforma, hemos podido demostrar cómo se co-producen tecnología y experiencias a partir de un caso concreto.

El aporte de este entramado teórico radicó en discutir la idea de neutralidad, no solo en la construcción discursiva de las indicaciones y contraindicaciones, sino también en cómo estas se inscriben en los protocolos científicos, permitiéndonos problematizar las posibilidades de enunciación de un momento histórico particular y el modo en que los intereses ideológicos operaron de formas específicas en la construcción de las mismas.

Además, para poder analizarlo, hemos asumido una perspectiva de género, que nos permitió preguntarnos por el carácter androcéntrico de la ciencia (Haraway, 1991, 2020) y, por lo tanto, discutir la inscripción de la droga al salir del laboratorio, así como poner en valor la actoría experiencial y política de las mujeres, que pusieron sus saberes y cuerpos al servicio de la búsqueda de formas efectivas de interrumpir sus embarazos no deseados. Asimismo, la inclusión del misoprostol como parte del repertorio de herramientas de las personas para interrumpir sus gestaciones, nos ha permitido no solo indagar en los saberes propios de la medicina hegemónica, sino también en la centralidad del rol de las médicas feministas dentro del sistema de salud y de las colectivas feministas que disputaron estos discursos por fuera del mismo.

En síntesis, el objetivo de este trabajo fue reconstruir la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol como una droga abortiva, desde una perspectiva que discuta con las visiones lineales de la tecnología, pero también que problematice el carácter androcéntrico de la ciencia. En este sentido, esta tesis pretendió escribir un relato sobre la historia del misoprostol desde una perspectiva constructivista con enfoque de género. Es decir, narrar un relato sobre cómo las mujeres y personas con capacidad de gestar han puesto sus cuerpos en sintonía con un feminismo que venía desafiando los límites de la medicina hegemónica y recuperando saberes sobre la temática.

Para ello, se presentó la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del artefacto farmacológico que permitió analizar la co-producción de la tecnología por parte de diferentes grupos sociales relevantes en cada una de sus fases. Nos interesó indagar en el proceso concebido desde su desarrollo como un protector gástrico cuya contraindicación principal era su efecto como inductor de contracciones, hasta su centralidad como medicamento para realizar abortos seguros y ambulatorios.

En la primera fase denominada “El misoprostol en el laboratorio”, examinamos el proceso por el cual se inscribieron sobre el fármaco las indicaciones asociadas como ‘buen uso’ o ‘mal uso’. El recorte espacial y temporal estuvo centrado en el Laboratorio G D Searle & Co donde un grupo de científicos investigaba la síntesis química de un tipo de prostaglandinas durante la década de 1970 y mediados de la década de 1980.

A partir de las herramientas teórico-metodológicas retomadas de los estudios de laboratorio y de la construcción social de las tecnologías, problematizamos cómo las visiones androcéntricas de la ciencia derivaron en que los ensayos pre-clínicos del fármaco se centraran en su aplicación en el campo de la gastroenterología, pese a que sabían que este tipo de prostaglandinas producía contracciones y tenían una amplia potencialidad en ginecología. Nos detuvimos en cómo el equipo del laboratorio estadounidense liderado por Collins, en el marco de creación de la droga, desarrolló la tecnología como un protector gástrico y dejó su uso como inductor de contracciones uterinas como una contraindicación. Esta inscripción del misoprostol en la FDA en Estados Unidos repercutió en su producción y comercialización en América Latina.

La segunda fase de la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural denominada “Del uso gastroenterológico al uso ginecológico” se centró en cómo las contraindicaciones se transformaron en indicaciones, desde mediados de la década de 1980 y 1990 en dos

escenarios latinoamericanos: Brasil y Argentina. En este período, el interés radicó en la circulación de la droga y los conocimientos sobre su uso en ambos países, pudiendo hacer énfasis en lo disímil de esos procesos. Es decir, en la primera fase nos ocupamos de analizar cómo la inscripción de las indicaciones y contraindicaciones del misoprostol tuvieron incumbencias en el recorrido clínico de la medicación: los ensayos clínicos para su uso se realizaron en el campo de la gastroenterología. En cambio, en la segunda nos interesó indagar cómo estos aspectos repercutieron específicamente en Latinoamérica. Aquí lo que pudimos observar es que la información circulante sobre el uso de la droga no se construyó en base a ensayos clínicos, como se supondría desde un enfoque de la medicina basada en evidencia, sino a partir del análisis epidemiológico de casos clínicos.

En el caso brasileño, diferentes grupos sociales relevantes construyeron el artefacto ligado específicamente a su uso abortivo. A partir del análisis de las experiencias de mujeres que comenzaron a utilizar la medicación –recuperadas en las narraciones realizadas en revistas científicas, dando cuenta de las complejidades del acceso a la información sobre su uso en el marco de la ilegalidad, pero permitiéndonos observar la relevancia de misoprostol como un fármaco abortivo en la población brasileña– pudimos identificar el rol central que tuvieron las empresas farmacéuticas y el Ministerio de Salud. También nos hemos enfocado en cómo las mujeres usaron el misoprostol con fines abortivos a partir de una red que fueron construyendo entre amigas, familiares y conocidas, donde hacían circular una serie de datos sobre las pastillas: dónde conseguirlas y cómo usarlas. Además, fue posible observar que esta forma de circulación de saberes estuvo asociada a su uso clandestino y a la poca información confiable al respecto.

En cambio, en Argentina, los/as ginecólogos/as fueron el grupo social relevante que comenzó a utilizar el misoprostol, no específicamente como tecnología abortiva pero sí como inductor de contracciones, tomando la contraindicación como su uso principal. Hacia fines de la década de 1990, los/as profesionales de la salud habían comenzado a implementar en sus prácticas clínicas –por fuera de los protocolos vigentes– el uso del misoprostol para los casos de expulsión de huevo muerto y retenido, aborto incompleto y trabajo de parto. A partir de lo que algunos/as profesionales denominaron como un ‘prueba y error’ o algo ‘folklórico’ fue posible analizar la forma que adquirió la circulación de la información que, pese a no estar basada en evidencia científica, moldeaban el pensamiento y las prácticas de quienes atendían las situaciones ginecobstétricas.

La tercera fase, denominada “La construcción de posologías abortivas”, tuvo como eje articulador el problema socio-técnico y tecno-cultural de la búsqueda de una forma de uso adecuada y segura del misoprostol como tecnología inductora de contracciones con el fin de detener la gestación. En esta fase, circunscripta a las experiencias de profesionales de la salud, militantes feministas y mujeres que utilizaron la medicación para interrumpir sus embarazos, el eje estuvo puesto en cómo se co-construyeron las posologías del artefacto hasta su estabilización entre 2010 y 2012.

La controversia analizada nos permitió examinar varias cuestiones. Una de ellas fue cómo los/as profesionales de la salud construyen posologías a partir de sus prácticas y no en base a la investigación empírica, la cual –por otro lado– se realizaba a partir de análisis epidemiológicos de mujeres que utilizaron misoprostol para abortar y debieron recurrir a un hospital. Es decir, no son ensayos clínicos aleatorizados, sino que realizan un análisis posterior sobre las historias clínicas de las intervenciones. Sin embargo, no es solo a partir de allí que podemos dar cuenta de que las mujeres construyen las posologías desde las experiencias de sus pares. En las entrevistas realizadas para esta investigación pudimos identificar los circuitos que adquiere la información sobre el uso y la compra de la medicación, pero también que allí transitaban datos sobre los/as profesionales de la salud garantes de derecho, los manuales como fuente de indagación y los espacios construidos por militantes feministas para acompañar personas en búsqueda de un aborto seguro.

Mientras se diseñaban estas estrategias para que todas las personas que lo necesitaran pudieran acceder al misoprostol y utilizarlo de manera segura, en 2005 muchas feministas se agruparon en espacios como la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito con el fin de impulsar la sanción de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Una de estas estrategias justamente se gestó al interior de la Campaña en pos de difundir información sobre la medicación.

Como mencionamos, la propuesta analítica de hacer foco en el misoprostol como artefacto tecnológico nos permitió discutir con los fundamentos de los estudios enmarcados en la construcción lineal de las tecnologías para poner en el centro de la escena la idea de co-producción entre tecnología y sociedad. Es justamente hacia el 2010 y 2012 que identificamos cuatro sucesos que estabilizan un entramado de prácticas que habían roto con la idea de linealidad tecnológica. En relación a las cuestiones clínicas del uso de la medicación, analizamos el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse*

un aborto con pastillas, editado por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, que utilizaba información proveniente de la Organización Mundial de la Salud y de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, el recorrido de militantes feministas ecuatorianas y las experiencias de quienes se habían comunicado con la línea telefónica “Aborto: más información, menos riesgos”. A su vez, el manual publicado por la Organización Mundial de la Salud de 2012 recopilaba evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado y una serie de investigaciones científicas cuya fuente de análisis fue la sistematización de las prácticas de mujeres que requirieron de intervención hospitalaria luego de utilizar la medicación. Mientras tanto, la formación sobre el uso de la droga por parte de la colectiva Socorristas en Red se realizó a partir de los manuales clínicos de estos organismos sanitarios internacionales, el libro editado por Lesbianas y Feministas, los materiales que se comenzaban a producir desde el CEDES y el intercambio entre militantes feministas.

A partir del estudio pormenorizado de estos sucesos podemos concluir en dos cuestiones. Por un lado, que la construcción de la posología para realizar un aborto seguro fue claramente co-construida por los diferentes grupos sociales relevantes. Por el otro, que en este período se estabilizó una posología común con la cual coinciden todos los actores: 12 comprimidos de misoprostol utilizados en 3 colocaciones de 4 pastillas cada una. No obstante, el cierre de la controversia sobre la posología deja lugar a un nuevo problema socio-técnico y tecno-cultural que enlazará a los grupos sociales relevantes durante la próxima década.

La última fase, denominada “La estabilización del uso abortivo del misoprostol” giró en torno a la controversia sobre la medicación como método para interrumpir la gestación, no ya centrada en la discusión sobre su posología sino entramada con la legalidad de la práctica. El fallo FAL del 2012 permitió un encuadre de interpretación de las causales de no punibilidad estableciendo qué prácticas podían realizarse de forma legal. A partir de allí, las consejerías de reducción de riesgos y daños del primer nivel y los espacios de atención radicados en el segundo nivel se encuadraron en el nuevo marco normativo como consejerías de Interrupción Legal del Embarazo. Con la publicación del *Protocolo para la atención integral de personas con derecho a una interrupción legal del embarazo*, del Ministerio de Salud en 2015, es posible identificar el proceso de estabilización del misoprostol como la droga principal para realizar abortos pese a su uso *off-label*, y su producción pública en un laboratorio estatal. Por fuera de las redes que se

tejían específicamente dentro del aparato sanitario, en simultáneo, colectivas como Socorristas en Red también construían la legalidad del misoprostol en sus intervenciones cotidianas.

Entre 2018 y 2020 ubicamos el proceso que, entendemos, da por finalizada la trayectoria socio-técnica y tecno-cultural del misoprostol como elemento abortivo. Con la primera discusión parlamentaria de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo presentada por la Campaña crece exponencialmente la circulación de la información sobre el uso seguro del misoprostol. Al mismo tiempo, se multiplican las consejerías de ILE en todo el país y aumenta la presión política de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir para que el Estado garantice la medicación, llevando a que ese mismo año la ANMAT apruebe la presentación del misoprostol en comprimidos de 200mg para la realización de abortos legales.

En 2020, en medio de una crisis sanitaria por la pandemia global de COVID 19 y cuando la práctica ya había ‘salido del closet’, se puso en evidencia que en Argentina se realizaban miles de abortos dentro y fuera del sistema de salud, que el único uso que se le daba a la medicación era dentro del campo de la ginecobstetricia y que la despenalización social de la práctica ya era un hecho. Por tanto, la segunda discusión parlamentaria no tuvo la magnitud de la primera, las discusiones sobre los artículos más controvertidos se habían resuelto con anterioridad a la presentación del proyecto, y a fines de diciembre de ese año se aprobó finalmente la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

A lo largo de las cinco décadas analizadas en esta tesis, se fueron tejiendo los significados construidos en torno al misoprostol como método abortivo dejando de lado los primeros usos como protector gástrico. En los últimos años, nos centramos en la forma en que diferentes grupos sociales relevantes entrelazaron estrategias para la legalización de la práctica donde el artefacto tuvo un rol central: los cambios en las consejerías realizadas por profesionales de la salud para garantizar las interrupciones legales del embarazo, la apuesta política de La Campaña para conseguir la ‘ley de aborto’, las articulaciones entre colectivas feministas para potenciar la circulación del misoprostol – no solo saberes sino también comprimidos– y la sistematización de experiencias para disputar la producción de conocimiento legítimo.

La propuesta de construir un relato sobre cómo el misoprostol se transformó en un medicamento esencial según la Organización Mundial de la Salud, al reducir las complicaciones por aborto en aquellos países donde la práctica era ilegal, tuvo como protagonistas a todas las personas que –como se dice en el feminismo– le ‘pusieron el cuerpo’ a la búsqueda de posologías sin tener indicaciones, cuidados, ni signos de alerta. Al mismo tiempo, estuvieron acompañadas por sus amigas, sus familiares, militantes feministas y profesionales de la salud, cuyo rol fue central a lo largo de esta investigación sobre las dinámicas de co-construcción de esta tecnología. Por último, indagamos en cada fase el papel de científicos, organismos internacionales, farmacéuticos/as, prospectos, protocolos, manuales, políticas públicas, foros de internet, etc.

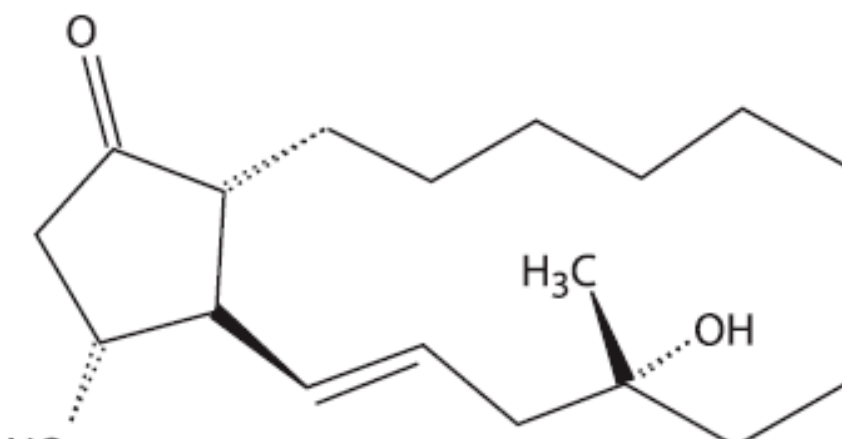
En la tesis hicimos especial hincapié en poner en valor un encuadre teórico que priorice una perspectiva simétrica –contraria a las visiones lineales de la construcción tecnológica–, al problematizar la innovación, dando el mismo lugar analítico a los actores humanos y no humanos para reconstruir la trayectoria del misoprostol. En este sentido, las primeras preguntas de indagación giraron en torno a por qué un protector gástrico fue utilizado para realizar abortos. De allí que los interrogantes hayan navegado hacia la construcción de indicaciones y contraindicaciones y luego, se hayan configurado a partir del rol preponderante de actores históricamente invisibilizados en la co-producción entre tecnología y sociedad.

En esta clave, muchas investigadoras han realizado aportes sustanciales al análisis tecnofeminista de artefactos de intervención sobre los cuerpos leídos como ‘femeninos’. Ya hemos mencionado los trabajos de referentes clásicas sobre la temática como Oudshoorn (1994, 1998), Wajcman (1991, 2006) o Fausto-Sterling (2000) y de aquellas que se preguntaron específicamente sobre el misoprostol en otras latitudes (Morgan, 2019; Zordo, 2016). También hemos referenciado a aquellas investigadoras que recuperan estas líneas de intervención en Argentina, problematizando las píldoras anticonceptivas (Felitti, 2012), las tecnologías contraceptivas de larga duración (Rustoyburu, 2020), las técnicas de reproducción asistida (Ariza, 2010, 2016, 2017) y las tecnologías de hormonización (Dellacasa, 2017a, 2020; Roca & Dellacasa, 2015). En este intersticio temático encuentran espacio algunos de los aspectos centrales de esta investigación, que proponen una lectura tecnofeminista del misoprostol en Latinoamérica. En este sentido, queda aún por profundizar en el análisis de otras tecnologías abortivas como la mifepristona o el AMEU, cuyos recorridos han sido

distintos al del misoprostol. Consideramos que para esto podría recuperarse la noción de trayectoria socio-técnica y tecno-cultural propuesta aquí para pensar sus configuraciones en Argentina. El AMEU ha sido abordado en relación con la historia del movimiento de la salud de las mujeres (Galeotti, 2004; Rostagnol et al., 2013) y desde aproximaciones xenofeministas (Hester, 2018) que han dado cuenta de la importancia del activismo feminista para resignificarlo y convertirlo en una herramienta para realizar prácticas de interrupción del embarazo por fuera del sistema de salud en Estados Unidos en las décadas de 1970 y 1980. Por esto, resultaría interesante identificar cuáles son los grupos sociales relevantes y las redes de relaciones que participan de sus resignificaciones en nuestro país, donde ni el AMEU ni la mifepristona lograron disputar el protagonismo al misoprostol.

Nuestra intención en esta tesis fue recuperar el rol y la agencia de las personas usuarias de misoprostol, de sus amigas y familiares, de las colectivas de acompañamiento y de las médicas feministas como parte de un relato complejo y multidimensional sobre la autogestión de la (no) reproducción, donde ‘nosotras’ somos las protagonistas. Un ‘nosotras’ que trasciende las generaciones y las fronteras, pero que se construyó a partir de una infinidad de experiencias de aborto medicamentoso que encontró su desembocadura en la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

BIBLIOGRAFÍA



- Abrutzky, R., Godio, C., & Bramuglia, C. (2017). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. *Anuario CEEED*, 9(9), 59-90.
- Akdamar, K., Agrawal, N., & Ertan, A. (1982). Inhibition of nocturnal gastric secretion in normal human volunteers by misoprostol: A synthetic prostaglandin E1 methyl ester analog. *The American Journal of Gastroenterology*, 77(12), 902-904.
- Alvarez, M. (2014). Tucumán y el Aborto No Punible después del Fallo “FAL” (o de cuando los poderes juegan con la vida, la salud y la libertad de las mujeres). En S. Deza (Ed.), *Jaque a la reina* (pp. 279-317). Católicas por el Derecho a Decidir.
- Anzorena, C., & 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 R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. (pp. 17-38). Herramienta.
- Arilha, M., & Barbosa, R. M. (1993). Cytotec in Brazil: ‘At least it doesn’t kill’. *Reproductive Health Matters*, 1(2), 41-52. [https://doi.org/10.1016/0968-8080\(93\)90006-F](https://doi.org/10.1016/0968-8080(93)90006-F)
- Ariza, L. (2010). La procreación como evento natural o tecnológico: Repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires. *EA*, 2(1), 1-47.
- Ariza, L. (2014). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: Acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En A. Cepeda & C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuadas al Viagra: Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil* (pp. 173-206). EUEDEM.
- Ariza, L. (2015). Keeping Up Appearances in the Argentine Fertility Clinic. *TECNOSCIENZA*, 6(1), 5-31.

- Ariza, L. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: Dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva*, 12(3), 361-382. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>
- Ariza, L. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: Análisis del debate parlamentario. *Cadernos Pagu*, 50. <https://doi.org/10.1590/18094449201700500005>
- Artuz, M. A., & Restrepo, H. (2002). El aborto inducido. Una visión histórica de su manejo. *Colombia Médica*, 33, 65-71.
- Ashok, P. W., Penney, G. C., Flett, G. M. M., & Templeton, A. (1998). An effective regimen for early medical abortion: A report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 13(10), 2962-2965. <https://doi.org/10.1093/humrep/13.10.2962>
- Asociación por los Derechos Civiles. (2013). *Aborto no punible. El fallo FAL s/ medida autosatisfactiva. ¿Qué obtuvimos y que nos queda por obtener?* (p. 53). Asociación por los derechos civiles.
- Asociación por los Derechos Civiles. (2014). *Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina* (p. 54). CLACAI.
- Asociación por los Derechos Civiles. (2015). *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación* (p. 81). Asociación por los derechos civiles.
- Avrech, O. M. (1991). Mifepristone (RU486) alone or in combination with a prostaglandin analogue for termination of early pregnancy: A review. *Fertility and Sterility*, 56, 385-393.
- Bach, A. M. (2010). *Las voces de la experiencia. El viraje de la filosofía feminista*. Biblos.
- Barbero, J. M. (1987). *De los medios a las mediaciones. Comunicación, Cultura y Hegemonía*. G. Gill.

- Barbosa, R. M., & Arilha, M. (1993). A experiência; brasileira com o cytotec. *Estudos feministas, 1*, 408-417.
- Barone, M. (2020). Gestar y abortar para los hombres trans: Una revisión de literatura científica. *Revista Controversia, 215*, 43-73.
- Barrancos, D. (2012). *Mujeres en la sociedad Argentina: Una historia de cinco siglos*. Penguin Random House Grupo Editorial Argentina.
- Barrancos, D. (2018). La ley abortada: Notas sobre el debate de la interrupción voluntaria del embarazo. *Salud Colectiva, 14*(3), 373-376.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.2025>
- Bauer, R. F. (1985). Misoprostol preclinical pharmacology. *Digestive Diseases and Sciences, 30*(S11), 118S-125S. <https://doi.org/10.1007/BF01309396>
- Belfiori, D. (2015). *Código rosa: Relatos sobre abortos*. Ediciones La Parte Maldita.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia: Aborto y feminismo*. Capital Intelectual.
- Bento, B. (2014). La producción del dispositivo de transexualidad: Historia y resistencias. En A. Cepeda & C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuadas al Viagra: Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil* (pp. 209-238). EUEDEM.
- Beraldo, A., Birchall, T. de S., & Mayorga, C. (2017). O aborto provocado: Um estudo a partir das experiências das mulheres. *Revista Estudos Feministas, 25*(3), 1141-1157. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1141>
- Bergallo, P. (2010). De la libertad reproductiva a la justicia reproductiva: Perspectivas feministas sobre derechos y reproducción. En P. Bergallo (Ed.), *Justicia, género y reproducción* (1. ed). Librería : Red Alas.
- Bergallo, P. (2018). Del fracaso del giro procedimental a la inviabilidad del modelo de causales. En P. Bergallo, I. C. Jaramillo Sierra, & J. M. Vaggione (Eds.), *El aborto*

- en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 155-166).
- Bijker, W. (2008). La construcción social de la baquelita: Hacia una teoría de la invención. En H. Thomas & A. Buch (Eds.), *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología* (pp. 63-100). UNQUI.
- Blanchard, K. (2002). Misoprostol for women's health: A review. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 316-332. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01701-X](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01701-X)
- Bloor, D. (1976). *Conocimiento e imaginario social*. Gedisa.
- Borda, L., & Spataro, C. (2018). El chisme menos pensado: El debate sobre aborto en intrusos en el espectáculo. *Sociales en Debate*, 14.
- Botta, M. P. (2016). *Aborto un derecho de cada mujer* [Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar]. Universidad Nacional de Rosario.
- Briozzo, L. (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Sindicato Médico del Uruguay.
- Brown, J. L. (2008a). El aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales. En M. Pecheny, C. Figari, & D. Jones (Eds.), *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidades en Argentina* (pp. 277-301). Libros del Zorzal.
- Brown, J. L. (2008b). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: Encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu*, 30, 269-300. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- Brown, J. L. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina*. Teseo. <https://www.editorialteseo.com/archivos/12442/mujeres-y-ciudadania-en-argentina/>

- Brown, J. L. (2017). El aborto en el Congreso Nacional. Los proyectos del activismo conservador religioso en diputados (Argentina, 2004-2014). *Descentrada*, 1(2), e018.
- Buchara, A. (2019, diciembre 18). “Seguiremos fabricando misoprostol y queremos proveerlo a nivel nacional”. *El Ciudadano*.
<https://www.elciudadanoweb.com/seguiremos-fabricando-misoprostol-y-queremos-proveerlo-a-nivel-nacional/>
- Burton, J. (2017a). De la Comisión al Socorro: Trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina. *Descentrada*, 1(2), e020.
- Burton, J. (2017b). Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: Aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red. *Revista Punto Género*, 0(7), 91-111. <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2017.46268>
- Burton, J., & Peralta, G. (2016). Redes en torno al aborto clandestino: Vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina. *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales*, 3(6), 158-181.
- Callon, M. (1984). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(1_suppl), 196-233. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x>
- Callon, M. (1998). El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico. En M. Domènech & F. J. Tirado (Eds.), *Sociología simétrica: Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad* (pp. 143-170). Gedisa.
- Callon, M. (2008). La dinámica de las redes tecno-económicas. En H. Thomas & A. Buch, *Actos, actores y artefactos: Sociología de la tecnología* (pp. 147-183). Universidad Nacional de Quilmes ed.

- Callon, M., & Rabeharisoa, V. (2003). Research “in the wild” and the shaping of new social identities. *Technology in Society*, 25(2), 193-204. [https://doi.org/10.1016/S0160-791X\(03\)00021-6](https://doi.org/10.1016/S0160-791X(03)00021-6)
- Campos, G. A., Margulies, M., Voto, L. S., Rodríguez, J. A., & Guzman, S. (1994). Misoprostol—Un análogo de la PgE1—Para la inducción de parto a término: Estudio comparativo y randomizado con ocitocina. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 52(3), 157-166.
- Cappuccio, M., Nirenberg, O., & Moscovich, L. (2006). El equipo de salud ante la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable. En M. Petracci & S. Ramos, *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia*. (pp. 67-92). CEDES.
- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R., & Sánchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329-333. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00037-7)
- Carbonelli, M. A. (2011). Religión, sexualidad y política en la Argentina: Intervenciones católicas y evangélicas entorno al aborto y el matrimonio igualitario. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, 9, 25-43.
- Carrizo Richelet, A., & Palomino Domínguez, J. M. (2019). El aborto y el odio de género en Brasil. *Le Monde Diplomatique*. <https://www.eldiplo.org/notas-web/el-aborto-y-el-odio-de-genero-en-brasil/>
- Cartabia Groba, S., & Hopp, C. M. (2018). El uso estratégico de las causales para ampliar el acceso al aborto legal en América Latina. El desarrollo de la causal violencia. En P. Bergallo, I. C. Jaramillo Sierra, & J. M. Vaggione (Eds.), *El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 167-194).

- Carvalho, M. (2011). Inaccesibilidad al aborto no punible en la Argentina: Obstáculos de IURE y obstáculos de FACTO. *Cuestión de derechos, 1*, 45-57.
- Cepeda, A. (2008). Historiando las Políticas de Sexualidad y los derechos en Argentina: Entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla. *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, 2*, 23-37.
- Cepeda, A. (2011). En los tiempos del test del sapo: Justicia, aborto y políticas de población en la Argentina de mediados del siglo XX. *REU, 37*(1), 243-265.
- Cepeda, A. (2017). Los abortos no punibles. Argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX. *Descentrada, 1*(2), e019.
- Chanetton, J., & Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo: Experiencias de aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Marea.
- Checa, S. (2006). *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Paidós.
- Checa, S., Erbaro, C., & Schwartzman, E. (2006). Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones portabortivas en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. En S. Checa (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad* (1a ed). Paidós.
- Chia, E. (2018). Aborto farmacológico y libertad de información en Chile. En P. Bergallo, I. C. Jaramillo Sierra, & J. M. Vaggione (Eds.), *El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 271-296). Siglo Veintiuno Editores.
- Cioccolani, N. E., & Castro, M. G. (2001). Misoprostol: Un agente eficaz para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires, 32*(171), 38-42.

- Ciriza, A. (2013). Sobre el carácter político de la disputa por el derecho al aborto. 30 años de luchas por el derecho a abortar en Argentina. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. (pp. 63-84). Herramienta.
- CLACAI. (2008). *Causal salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir.
- CLACAI. (2010). *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe* (p. 8). CLACAI/IPAS.
- CLACAI. (2017a). *Mapeo Uso y acceso a Misoprostol y Mifepristona en tres países de América Latina- Argentina, Ecuador y Perú* (p. 12). CLACAI.
- CLACAI. (2017b). *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina*. (p. 66).
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Coêlho, H. L. L. (1998). Misoprostol: A solução não é tão simples. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 394-395. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400013>
- Coêlho, H. L. L., Teixeira, A. C., Cruz, M. de F., Gonzaga, S. L., Arrais, P. S., Luchini, L., La Vecchia, C., & Tognoni, G. (1994). Misoprostol. The experience of women in Fortaleza, Brazil. *Contraception*, 49, 101-110.
- Coêlho, H. L. L., Teixeira, A. C., Santos, A. P., Forte, E. B., Morais, S. M., LaVecchia, C., Tognoni, G., & Herxheimer, A. (1993). Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *The Lancet*, 341(8855), 1261-1263. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)91157-H](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)91157-H)

- Cohen, M. M., Clark, L., Armstrong, L., & D'Souza, J. (1985). Reduction of aspirin-induced fecal blood loss with low-dose misoprostol tablets in man. *Digestive Diseases and Sciences*, *30*(7), 605-611. <https://doi.org/10.1007/BF01308407>
- Colectiva por la Libre Informacion para las Mujeres. (2014). *Hablemos de Aborto y Misoprostol*. Colectiva por la Libre Información para las Mujeres.
- Collins, H. (1981). What is TRASP?: The Radical Programme as a Methodological Imperative. *Philosophy of the Social Sciences*, *11*(2), 215-224. <https://doi.org/10.1177/004839318101100207>
- Collins, P. W. (1990). Misoprostol: Discovery, development, and clinical applications. *Medicinal Research Reviews*, *10*(2), 149-172. <https://doi.org/10.1002/med.2610100202>
- Cooren, F. (2004). Textual Agency: How Texts Do Things in Organizational Settings. *Organization*, *11*(3), 373-393. <https://doi.org/10.1177/1350508404041998>
- Correa, S., & Pecheny, M. (2016). *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*. Mujer y salud en Uruguay.
- Costa, S. H., & Vessey, M. P. (1993). Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet*, *341*(8855), 1258-1261. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)91156-G](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)91156-G)
- Dajani, E. Z., Driskill, D. R., Bianchi, R. G., Collins, P. W., & Pappo, R. (1976). SC-29333: A potent inhibitor of canine gastric secretion. *The American Journal of Digestive Diseases*, *21*(12), 1049-1057. <https://doi.org/10.1007/BF01071862>
- Damin, C., & Arrieta, E. (2017). ¿Qué es la reducción de riegos y daños? En P. Gonzalez (Ed.), *Un libro sobre drogas* (pp. 276-291). El gato y la caja.
- D'Angelo, A. R., Lorenzo, C. A., Antun, M., & Qualito, A. F. (1990). Resultados del uso del misoprostol en la inducción al parto del feto muerto y retenido. *Revista de la*

- Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 21(Junio), 170-171.
- David, H. P. (1992). Acceptability of Mifepristone for Early Pregnancy Interruption. *Law, Medicine and Health Care*, 20(3), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.1992.tb01187.x>
- de Barbieri, T. (2000). Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. *Revista Mexicana de Sociología*, 62(1), 45. <https://doi.org/10.2307/3541178>
- de Lauretis, T. (1989). La tecnología del género. *Macmillan Press*, 1-30.
- DeHart, R. M., & Morehead, M. S. (2001). Mifepristone. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(6), 707-719. <https://doi.org/10.1345/aph.10397>
- Del Manzo, M. B. (2019). *Voces, cuerpos y derechos en disputa: La construcción discursiva del «aborto» en los diarios Clarín, La Nación y Página/12 (2010-2011)* [Doctor en Comunicación, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/85755>
- Dellacasa, M. (2017a). Dimensiones políticas de las tecnologías corporales en personas trans. *Avá*, 31, 73-96.
- Dellacasa, M. (2017b). Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad. Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(3), 18-29. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol16-Issue3-fulltext-1053>
- Dellacasa, M. (2018). Carne única, nueva carne. Cuerpo y democratización de tecnologías biomédicas de transformación corporal para personas trans en el actual escenario argentino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4), e280409. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280409>

- Dellacasa, M. (2020). Personas trans y procesos de tecnificación de la existencia. A apropiaciones e innovaciones en torno al uso de artefactos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 15, 209-228. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i15.6177>
- Despret, V. (2018). *¿Qué dirían los animales... Si les hiciéramos las preguntas correctas?* Cactus.
- Deza, S. (2015). Gobierno del cuerpo de las mujeres: Protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Perspectivas Bioéticas*, 37/38, 76-99.
- Di Liscia, M. H. (2012a). Cuerpos expuestos y sin derechos. Los abortos no punibles en Argentina. *La Aljaba*, XVI, 65-84.
- Di Liscia, M. H. (2012b). Cuerpos expuestos y sin derechos. Los abortos no punibles en Argentina. *La Aljaba*, 16, 65-84.
- Diniz, D., Corrêa, M., Squinca, F., & Braga, K. S. (2009). Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 939-942. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400025>
- Diniz, D., & Madeiro, A. (2012). Cytotec e aborto: A polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1795-1804. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700018>
- Drovetta, R. I. (2012). O aborto na Argentina: Implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 7, 115-132. <https://doi.org/10.1590/S0103-33522012000100006>
- Drovetta, R. I. (2014). Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe. En A. Carosio (Ed.), *Feminismos para un cambio civilizatorio*. Fundación Celarg ; CLACSO ; Centro de Estudios de la Mujer.

- Drovetta, R. I. (2015). Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: Una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina. *Reproductive Health Matters*, 23(45), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>
- Eduardo, C., & Pita, M. (2019). *El aborto en Argentina: Un estado de situación que refuerza la necesidad de la legalización*. (p. 13) [Estado de situación]. Observatorio de comunicación, estudios de género y movimientos feministas, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, UNLP.
- Elizalde, S. (2008). Debates sobre experiencia. Un recorrido por la teoría y praxis feminista. *Oficios terrestres*.
- Elizalde, S., & Mateo, N. (2018). Las jóvenes: Entre la “marea verde” y la decisión de abortar. *Salud Colectiva*, 14(3), 433-446. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2026>
- Elul, B., Ellertson, C., Winikoff, B., & Coyaji, K. (1999). Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. *Contraception*, 59(2), 107-114. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00003-7)
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* (1a ed). Paidós.
- Epstein, S. (2003). Inclusion, Diversity, and Biomedical Knowledge Making: The Multiple Politics of Representation. En N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: The co-construction of users and technologies* (pp. 173-190). MIT Press.
- Ernaux, A. (2020). *El acontecimiento*. Tusquets.
- Espinoza, H., Ellertson, C., García, S., Schiavon, R., & Langer, A. (2002). Medicamentos para la interrupción de la gestación: Una revisión de la literatura y sus posibles

- implicaciones para México y América Latina. *Gaceta Médica de México*, 138(4), 347-356.
- Faundes, A. (2005). *Uso del misoprostol en ginecología y obstetricia* (p. 115). Federación Latinoamericana De Sociedades de Obstetricia y Ginecología.
- Faundés, A., & Barzelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso. Tercer mundo*.
- Faundes, A., Fiala, C., Tang, O. S., & Velasco, A. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99, S172-S177. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.09.006>
- Faundés, A., Santos, L. C., Carvalho, M., & Gras, C. (1996). Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Advances in Contraception*, 12, 1-9.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *La política de género y la construcción de la sexualidad. Melusina*.
- Felitti, K. (2008). La revolución de la píldora anticonceptiva y la cuestión demográfica en Buenos Aires: Apropiaciones y resignificaciones de un debate internacional (1960-1973). En K. Araujo & M. Prieto (Eds.), *Estudios sobre sexualidades en América Latina* (pp. 161-178). FLACSO.
- Felitti, K. (2009). *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987): Discursos y experiencias*.
- Felitti, K. (2012). *La revolución de la píldora: Sexualidad y política en los sesenta*. Edhasa.
- Felitti, K., & Prieto, S. (2018). Configuraciones de la laicidad en los debates por la legalización del aborto en la Argentina: Discursos parlamentarios y feministas

- (2015-2018). *Salud Colectiva*, 14(3), 405-423.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.2027>
- Femenías, M. L. (2018). Brevisima mirada histórica para un debate por hacer. En D. Busdygan (Ed.), *Aborto: Aspectos normativos, jurídicos y discursivos* (Primera edición). Editorial Biblos.
- Fernández Romero, F. (2021). “We can conceive another history”: Trans activism around abortion rights in Argentina. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 126-140. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838391>
- Fernández Vázquez, S. S. (2017). Políticas públicas difusas: La implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16(1), 87-98. <https://doi.org/10.15304/rips.16.1.3862>
- Fernández Vázquez, S. S., & Szware, L. (2017). Esperando un aborto exitoso. En M. Pecheny & M. Palumbo (Eds.), *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. (pp. 39-62). Teseo.
- Fich, A., Arber, N., Sestieri, M., Zajicek, G., & Rachmilewitz, D. (1985). Effect of misoprostol and cimetidine on gastric cell labeling index. *Gastroenterology*, 89(1), 57-61. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(85\)90745-0](https://doi.org/10.1016/0016-5085(85)90745-0)
- Fimmel, C. J., Müller-Lissner, S. A., & Blum, A. L. (1984). Bile salt-induced, acute gastric mucosal damage in man: Time course and effect of misoprostol, a PGE1-analogue. *Scandinavian Journal of Gastroenterology. Supplement*, 92, 184-188.
- Fonseca, W., Misago, C., Freitas, P., Santos, E., Fernandes, L., & Correia, L. (1998). Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 279-286. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200004>
- Fox Keller, E. (1982). Feminism and Science. *Signs*, 7(3), 589-602.

- Franchi, A. M. (2019). Las mujeres y la ciencia: Obstáculos y desafíos para lograr la equidad de género. *Ciencia, Tecnología y Política*, 2(3), 38-45. <https://doi.org/10.24215/26183188e026>
- Galarza, E. (2019). *Hoy elijo contarlo: Abortos feministas, abortos acompañados*. La Revuelta Colectiva Feminista.
- Galeotti, G. (2004). *Historia del aborto*. Nueva Visión.
- García, M. (2020). *Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico: El orden de la verdad científica, la moral y las prácticas* [Doctor en Comunicación, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/99317>
- Gebreuers, C., & Gherardi, N. (2015). El aborto legal en Argentina: La justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso "F.A.L.". *Documentos REDAAS*, 2, 1-36.
- Gérvás, J., & Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres: 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas*. Malpaso Editorial.
- Gogna, M. (2011). Género y profesión médica. Reflexiones a propósito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. En R. Gedelstein & M. Schufer, *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Biblos.
- Gómez, A. L. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentrada*, 1(2), e021.
- Gómez Pérez, B. A., Pereira Gómez, N., de Souza Santos, M. de F., & Freire Diniz, N. M. (2013). Aborto provocado: Representações sociais de mulheres. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(2), 736-742.

- González Vélez, A. C. (s/d). *La construcción de un consenso: La Causal Salud en América Latina*. CEDES.
- González Pena, J. C., Scagliotti, G., Mogliora, C., & Knaudt, S. (1996). Experiencia clínica con el uso del análogo de la PG E1 «Misoprostol» para la inducción del trabajo de parto. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 54(2), 73-82.
- Gonzalez Prado, P. (2013). Riesgo para la salud, cuestión de las mujeres. Obstáculos para el acceso al aborto no punible y una lectura de las causales desde una perspectiva feminista del derecho. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. (pp. 171-191). Herramienta.
- Gonzalez Prado, P. (2015). *Autonomía sexual de las mujeres: El aborto como espiral despatriarcalizadora del derecho*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Gonzalez Prado, P. (2018). *Aborto y la autonomía sexual de las mujeres* (1o. ed. en español). Ediciones Didot.
- González Vélez, A. C., & Durán, J. (2011). *La aplicación práctica de la causal salud: Un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Grossman, D. (2016). El aborto en el segundo trimestre. *Documentos REDAAS*, 5, 1-10.
- Grosso, B., Trpin, M., & Zurbriggen, R. (2013). Políticas de y con los cuerpos: Cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar) [Electronic resource]. En A. M. Fernández & W. S. Peres (Eds.), *La diferencia desquiciada: Géneros y diversidades sexuales* (pp. 97-120). Editorial Biblos.
- Grosso, B., Trpin, M., & Zurbriggen, R. (2014). La gesta del aborto propio. En M. Bellucci, *Historia de una desobediencia: Aborto y feminismo* (pp. 397-447). Capital Intelectual.

- Grosso, B., & Zurbriggen, R. (2016). Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: Relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar. *Documentos REDAAS*, 8, 1-10.
- Gutiérrez, M. A. (2018, junio 13). Una bella agitación. *Revista Bordes*. <http://revistabordes.unpaz.edu.ar/una-bella-agitacion/>
- Hackett, E., Amsterdamska, O., Lynch, M., & Wajcman, J. (2008). *The Handbook of Science and Technology Studies.pdf*. Massachusetts Institute of Technology.
- Hall, S., & Du Gray, P. (2011). *La cultura y el poder: Conversaciones sobre los cultural studies*. Amorrortu.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Ediciones cátedra, Universidad de Valencia.
- Haraway, D. (2020). *Seguir con el problema: Generar parentesco en Chthuluceno*. Consonni.
- Harding, S. (1993). *Ciencia y Feminismo*. Morata.
- Harper, C. C., Blanchard, K., Grossman, D., Henderson, J. T., & Darney, P. D. (2007). Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 98(1), 66-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.03.009>
- Herting, R. L., & Nissen, C. H. (1986). Overview of misoprostol clinical experience. *Digestive Diseases and Sciences*, 31(S2), 47S-54S. <https://doi.org/10.1007/BF01309323>
- Hester, H. (2018). *Xenofeminismo: Tecnologías de género y políticas de reproducción*. Caja Negra Editora.

- Hunt, J. N., Smith, J. L., Jiang, C. L., & Kessler, L. (1983). Effect of Synthetic Prostaglandin Analog on Aspirin-induced Gastric Bleeding and Secretion. *Digestive Diseases and Sciences*, 28(10), 897-902.
- Jaime Ballero, M. (2017). *Diversidad sexual y sistemas religiosos: Dialogos transnacionales en el mundo contemporáneo*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Post-Grado.
- Jaime, M., & Valdivia, F. (Eds.). (2020). *Mujeres, aborto y religiones en Latinoamérica. Debates sobre política sexual, subjetividades y campo religioso*. Flora Tristán/UNMSM.
- Jay, M. (2009). *Cantos de experiencia. Variaciones modernas sobre un tema universal*. Paidós.
- Johnson, E. (2007). Book Review: *The Most Secret Quintessence of Life* by Chandak Sengoopta Chicago and London: The University of Chicago Press, 2006, pp. 354, ISBN 0—226—74863—4. *Body & Society*, 13(4), 114-116. <https://doi.org/10.1177/1357034X070130040702>
- Johnson, N., Rocha, C., & Schenck, M. (2015). *La inserción del aborto en la agenda político-pública uruguaya 1985-2013: Un análisis desde el movimiento feminista*. Cotidiano Mujer.
- Julio, R., Balona, H., Coletes, R., & Elordl, C. (2002). El aborto y sus complicaciones en nuestra población hospitalaria. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 33(179), 221-224.
- Karstanje, M., Ferrari, N., & Verón, Z. (2020). *Monitoreo del debate sobre legalización del aborto en Argentina* (p. 22). REDAAS.

- Kiprizlian, A., López Méndez, S., Scaravonati, H., Campos, L., & Gómez, E. (2008). Aborto. Un mal en nuestra sociedad que no pierde vigencia. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 39(206), 83-89.
- Klein, L. (2013). *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*. Booket.
- Klein, L. (2018). Aborto, derechos humanos y estrategias de subjetivación. En D. Busdygan (Ed.), *Aborto: Aspectos normativos, jurídicos y discursivos* (Primera edición, pp. 159-174). Editorial Biblos.
- Knorr Cetina, K. (2005). *La fabricación del conocimiento: Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia* (1. ed). Universidad Nacional de Quilmes.
- Kreimer, P. (1999). *De probetas, computadoras y ratones*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Kreimer, P. (Ed.). (2004). *Producción y uso social de conocimientos: Estudios de sociología de la ciencia y la tecnología en América Latina*. Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Kreimer, P. (2005). Estudio preliminar. El conocimiento se fabrica. ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo? En K. Knorr-Cetina, *La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. (pp. 11-44). Universidad Nacional de Quilmes.
- Kreimer, P., & Thomas, H. (2004). Un poco de reflexividad o ¿de dónde venimos? *Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología en América Latina*. En P. Kreimer (Ed.), *Producción y uso social de conocimientos: Estudios de sociología de la ciencia y la tecnología en América Latina* (pp. 11-90). Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

- Kreimer, P., Vessuri, H., Vehlo, L., & Arellano, A. (2014). *Perspectivas latinoamericanas en el estudio social de la ciencia, la tecnología y la sociedad. Siglo XXI.*
- Kulier, R., Kapp, N., Gülmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). *Medical methods for first trimester abortion* (Cochrane Fertility Regulation Group, Ed.). <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002855.pub4>
- Labandera, A., Gorgoroso, M., & Briozzo, L. (2016). Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(S1), S7-S11. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.007>
- Lafaurie, M. M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D. L., & Chávez, S. (2005). Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study. *Reproductive Health Matters*, 13(26), 75-83.
- Lamas, M. (2003). Aborto, derecho y religión en el siglo XXI. *Debate Feminista*, 2, 139-164.
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones cátedra.
- Larsen, K. R., Jensen, N. F., Davis, E. K., Jensen, J. C., & Moody, F. G. (1981). The cytoprotective effects of (+/-)-15-deoxy-16-alpha, beta-hydroxy-16-methyl PGE1 methyl ester (sc-29333) versus aspirin-shock gastric ulcerogenesis in the dog. *Prostaglandins*, 21 Suppl, 119-124. [https://doi.org/10.1016/0090-6980\(81\)90127-1](https://doi.org/10.1016/0090-6980(81)90127-1)

- Lartigue, F., Porreca, S., & Pagliano, G. (2003). Embarazo y aborto en la adolescencia. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 34(183), 145-151.
- Latour, B. (1998). La teconología es la sociedad hecha para que dure. En M. Doménech & F. J. Tirado, *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. (pp. 109-142). Gedisa.
- Latour, B. (1999). For David Bloor... and Beyond: A Reply to David Bloor's "Anti-Latour". *Philosophical Literary Journal Logos*, 27(1), 135-160.
<https://doi.org/10.22394/0869-5377-2017-1-135-160>
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1979). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Alianza.
- Laudanno, O. M., Finkelstein, D., & Capdepon, E. (1984). [Prostaglandin E1 (misoprostol) and S-adenosylmethionine in the prevention of hemorrhagic gastritis induced by aspirin in the human. Endoscopic, histologic and histochemical study]. *Acta Gastroenterologica Latinoamericana*, 14(4), 289-293.
- Laudano, C. (2019). #abortolegal: El grito que tiñó las redes. *Bordes*, nov18-ene19, 59-66.
- Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- Le Guin, U. K. (1986). The Carrier Bag Theory of Fiction. En *Dancing at the edge of the world: Thoughts on words, women, places* (1st ed). Grove Press.
- Ledesma, M. A., Gorostiaga, B. N., Folla, M. A., & Acha, M. J. (2005). Aborto séptico. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 4, 165-169.

- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (Ed.). (2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*. Editorial El Colectivo.
- Levín, S. (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14(3), 377. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2011>
- Lima, B. G. de C. (2000). Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: Declínio e desigualdades espaciais. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(3), 168-172. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892000000300005>
- López Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*, 12(1), 23-39. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.857>
- Luchetti, G., & Ramón Michel, A. (2019). Misoprostol. Un medicamento esencial. *Documentos REDAAS*, 11, 1-16.
- Luna, J. (2019). *Seremos ley: Crónica de la lucha feminista por la legalización del aborto*. Editorial Sudestada : FemiNACIDA.
- Maffeo, F., Santarelli, N., Satta, P., & Zurbriggen, R. (2015). «Parteras de nuevos feminismos. Socorristas en red—Feministas que abortamos: Una forma de activismo corporizado y sororo». 20(44), 217-227.
- Magnus, A. (2018). *El aborto: Una novela ilegal*. Tren en Movimiento.
- Mahajan, D. K., & London, S. N. (1997). Mifepristone (RU486): A review. *Fertility and Sterility*, 68(6), 967-976. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)00189-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)00189-1)
- Manzoni, G., Smaldone, M., & Soza Rossi, P. (2017). Entrevista a Zulema Palma y Julia Medina, integrantes de Mujeres al Oeste. *Descentrada*, 1(2), 1-8.

- Mario, S., & Pantelides, E. A. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. En CEPAL (Ed.), *Notas de población* (Publicación de las Naciones Unidas, Vol. 87, pp. 95-120). CEPAL.
- Martin, E. (1991). THE EGG AND THE SPERM: HOW SCIENCE HAS CONSTRUCTED A ROMANCE BASED ON STEREOTYPICAL MALE-FEMALE ROLES. *Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501.
- Martin, E. (1998). Anthropology and the Cultural Study of Science. *Science, Technology, & Human Values*, 23(1), 24-44. <https://doi.org/10.1177/016224399802300102>
- Mateo, N. (2015). *Las opiniones de los/as trabajadores/as de Atención Primaria de la Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva* [Licenciatura]. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Mateo, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos? *Trabajos y comunicaciones*, 46, e040. <https://doi.org/10.24215/23468971e040>
- Mateo, N. (2018). La salud sexual y reproductiva en debate: Las opiniones de quienes trabajan en atención primaria de la salud. *Socio Debate*, 4(7), 87-113.
- Mazure, P. A., Cosen, J. N., Ciccio, J. E., Colombato, L. O., Luis, A., Arguto, J. F., & Boffi, A. (1985). [A double-blind study with misoprostol in the treatment of active duodenal ulcer]. *Acta Gastroenterologica Latinoamericana*, 15(1), 13-24.
- M'Charek, A. (2013). Beyond fact or fiction: On the Materiality of Race in Practice. *Cultural Anthropology*, 28(3), 420-442. <https://doi.org/10.1111/cuan.12012>
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *NATURA MEDICATRIX*, 51, 17-22.
- Meo, A., & Navarro, A. (2009a). *La voz de los otros: El uso de la entrevista en la investigación social*. Omicron System.

- Meo, A., & Navarro, A. (2009b). Enseñando a hacer entrevistas en investigación cualitativa: Entre el oficio, la profesión y el arte. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 17, 123-140. <https://doi.org/10.5944/empiria.17.2009.1990>
- Mines, A., Díaz Villa, G., Rueda, R., & 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*, 09, 133-160.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Guía para el mejoramiento de la atención post aborto*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Protocolo para la atención integral de personas con derecho a una interrupción legal del embarazo*.
- Monte, M. E., & Vaggione, J. M. (2018). Cortes irrumpidas. La judicialización conservadora del aborto en Argentina. *Revista Rupturas*, 9(1), 107-125. <https://doi.org/10.22458/rr.v9i1.2231>
- Morán Faúndes, J. M., & Morgan, L. M. (2005). La vida no es una sola: Los usos políticos de la “vida” en Latinoamérica. *Revista Culturales*, 6(1), 1-38. <https://doi.org/10.22234/recu.20180601.e326>
- Morgan, L. M. (2019). Reproductive Governance, Redux. *Medical Anthropology*, 38(2), 113-117. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1555829>
- Morozovsky, J., Ruiz Orrico, G., Prats Cardona, H., Moll, E., García Veinovich, J. C., & Savatsky, A. (1990). Maduración del cervix e inducción del trabajo de parto con

- tabletas vaginales de prostaglandina. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 48(4-6), 125-130.
- Moscoso, J. (2011). *Historia cultural del dolor*. Taurus.
- Murad, C., Beltramone, F., De Giusto, R., Travella, C., Ruiz Orrico, G., & Morozovsky, J. (1997). Misoprostol: Una nueva alternativa para el tratamiento del aborto incompleto. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 55(1), 37-40.
- Nichols, O. (2018). Discutiendo desde el interior: La marginación de los hombres trans dentro del movimiento por el aborto legal en Argentina / Arguing from within: The Marginalization of Trans Men within the Movement for Legal Abortion in Argentina. *Independent Study Project (ISP) Collection*.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2891
- Nogués, G. (2018). *Pensar con otros. Una guía de supervivencia en tiempos de posverdad*. El gato y la caja.
- Norman, J. E., Thong, K. J., & Baird, D. T. (1991). Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *The Lancet*, 338, 1233-1236.
- O'Keefe, S. J., Spitaels, J. M., Mannion, G., & Naiker, N. (1985). Misoprostol, a synthetic prostaglandin E1 analogue, in the treatment of duodenal ulcers. A double-blind, cimetidine-controlled trial. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 67(9), 321-324.
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). (1997). *Medical methods for termination of pregnancy: Report of a WHO scientific group*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). (2003). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. OMS.
- Ortega Soler, C. R., Farinati, A., Gambaro, E., Guntin, R., Arenoso, H. J., & Caruso, N. G. (2001). Terapia antibiótica secuencial parenteral-oral en el aborto infectado. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 32(174), 213-222.
- Orué, E., Fernández, A., Corso, L. J., & Ríos, M. A. (2001). Morbimortalidad del aborto en nuestra población hospitalaria. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 32(171), 21-25.
- Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. Routledge.
- Oudshoorn, N. (1998). Hormones, technique et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) (G. Morel, Trad.). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53(4), 775-793. <https://doi.org/10.3406/ahess.1998.279697>
- Oudshoorn, N. (2003). Clinical Trials as a Cultural Niche in Which to Configure the Gender Identities of Users: The Case of Male Contraceptive Development. En N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: The co-construction of users and technologies*. MIT Press.
- Oudshoorn, N., & Pinch, T. (Eds.). (2003). *How users matter: The co-construction of users and technologies*. MIT Press.
- Pantelides, E., & Bott, S. (2000). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Editorial Biblos.

- Pantelides, E., & Gaudio, M. (2009). Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Salud Colectiva*, 5(2), 195. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.260>
- Pecheny, M. (2005). Yo no soy progre, soy peronista:?' Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? *VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires*, 25, 26.
- Pecheny, M., Andía, A. M., & Brown, J. (2012). ¿A la cárcel o al sistema de salud? Las opiniones sobre despenalización y legalización del aborto en la Argentina. En R. Gedelstein & M. Schufer, *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Biblos.
- Peker, L. (2013, marzo 15). Acompañadas. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-7899-2013-03-15.html>
- Peñas Defago, M. A. (2013). El derecho al acceso a los abortos no punibles en Argentina desde un enfoque de derechos humanos. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres: Otra historia es posible* (pp. 155-170). Herramienta Ediciones.
- Petracci, M., & Pecheny, M. (2009). Panorama de derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009. *Argumentos. Revista de crítica social*, 11, 1-25.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M., & Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 12, 164-197.
- Petracci, M., & Petracci, M. (2009). Sondeos y políticas: La opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 2003–2006. En *Opinión pública. Una mirada desde América latina* (pp. 429-441). SAIMO.

- Petracci, M., & Ramos, S. (2006). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Aportes para comprender su historia*. CEDES:
- Peyron, R., Aubeny, E., Targosz, V., Silvestre, L., Renault, M., Elkik, F., Leclerc, P., Ulmann, A., & Baulieu, E.-E. (1993). Early Termination of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and the Orally Active Prostaglandin Misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 328(21), 1509-1513. <https://doi.org/10.1056/NEJM199305273282101>
- Pinch, T. (1997). La construcción social de la tecnología: Una revisión. En M. J. Santos & R. Diaz Cruz, *Innovación tecnológica y procesos culturales*. Fondo de Cultura Económica.
- Pinch, T., & Bijker, W. (1987). 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. En H. Thomas & A. Buch, *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología*. (pp. 19-62). UNQUI.
- Preciado, B. (2014). *Testo yonqui: Sexo, drogas y biopolítica*. Anagrama.
- Quirke, V., & Gaudillière, J.-P. (2008). The Era of Biomedicine: Science, Medicine, and Public Health in Britain and France after the Second World War. *Medical History*, 52(04), 441-452. <https://doi.org/10.1017/S002572730000017X>
- Quiroga, J. M., & Carro, A. C. (2021). Producción Pública de Medicamentos y redes tecno-productivas: El caso del PROFARSE. *Actas de las I Jornadas CEUR*, 1(1), 1-10.
- Radi, B. (2018, mayo 29). *Mitología política sobre aborto y hombres trans*. Sxpolitics - Espanhol. <https://sxpolitics.org/es/3945-2/3945>
- Radi, B. (2019). Injusticia reproductiva: Entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. En M. Dillon & Fundación Soberanía Sanitaria

- (Eds.), *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 125-143). Tinta Limón Ediciones : Fundación Soberanía Sanitaria.
- Ramírez Morales, M. D. R., & Felitti, K. (2020). Pañuelos verdes por el aborto legal. *Encartes*, 3(5), 111-145. <https://doi.org/10.29340/en.v3n5.132>
- Ramón Michel, A. (2013). *Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: Hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva*. CEDES, UNFPA.
- Ramón Michel, A., & Ariza Navarrete, S. (2017). *Entre la indolencia y el sesgo: El derecho de las mujeres a beneficiarse de los avances científicos en materia reproductiva*. CLACAI.
- Ramón Michel, A., & Cavallo, M. (2018). El principio de legalidad y las regulaciones de aborto basadas en los médicos. En P. Bergallo, I. C. Jaramillo Sierra, & J. M. Vaggione (Eds.), *El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 31-56). Siglo Veintiuno Editores.
- Ramón Michel, A., Romero, M., & Ramos, S. (2013). *Ramón Michel Agustina, Romero Mariana, Ramos Silvina. Barreras en el acceso a los abortos legales. Buenos Aires: CLACAI; 2013. Pag. 21. CLACAI.*
- Ramos, S. (2015). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. CEDES.
- Ramos, S., & Fernández Vázquez, S. S. (2020). *¿Por qué abortan las mujeres? Contexto y biografía en las experiencias de aborto* (N.º 12; p. 20). Documentos REDAAS.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M., & Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* CEDES.

- Ramos, S., Romero, M., & Aizenberg, L. (2014). Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: The case of Argentina. *Reproductive Health Matters*, 22(sup44), 4-15. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43786-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43786-8)
- Ramos, S., Romero, M., Karolinski, A., Mercer, R., Insua, I., & Río Fortuna, C. del. (2004). *Para que cada muerte materna importe* (p. 124). Buenos Aires. Argentina; CEDES. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4383>
- REDAAS, CEDES, & ELA. (2018). *Las cifras del aborto en Argentina* (p. 14) [Informe Redaas].
- Restrepo, E. (2012). *Antropología y estudios culturales: Disputas y confluencias desde la periferia*. Siglo Veintiuno Editores.
- Robert, A. (1975). An intestinal disease produced experimentally by a prostaglandin deficiency. *Gastroenterology*, 69(4), 1045-1047.
- Robert, A., Nezamis, J. E., Lancaster, C., & Hanchar, A. J. (1979). Cytoprotection by prostaglandins in rats. Prevention of gastric necrosis produced by alcohol, HCl, NaOH, hypertonic NaCl, and thermal injury. *Gastroenterology*, 77(3), 433-443.
- Roca, A., & Dellacasa, M. (2015). Tecno redención de cuerpos transexuales: Apropiación tecnológica y autogestión de identidades inconclusas. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 20(1), 239-259. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n1p239>
- Romero, M., & Moisés, S. (2020). *El aborto en cifras*. REDAAS. <http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/187-El%20aborto%20en%20cifras,%202020%20-%20MR%20y%20SM%20-%20REDAAS.pdf>

- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE : Editorial Universitaria.
- Rosenberg, M. I. (2020). *Del aborto y otras interrupciones: Mujeres, psicoanálisis, política*. Milena Caserola.
- Rostagnol, S. (2008). El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay. En K. Araujo & M. Prieto, *Estudios sobre sexualidades en América Latina* (pp. 215-232). FLACSO.
- Rostagnol, S. (2013). Aborto voluntario y relaciones de género: Implicancias mutuas. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. (pp. 321-328). Herramienta.
- Rostagnol, S., Viera, M., & Grabino, V. (2013). Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: Del AMEU al misoprostol. *Bagoas*, 9, 17-42.
- Rustoyburu, C. (2020). Los implantes subdérmicos como tecnologías anticonceptivas para adolescentes. Un estudio de su implementación en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina). *Argumentos. Revista de crítica social*, 22, 318-340.
- Rustoyburu, C. (2021). Storytime sobre implantes anticonceptivos en YouTube. Disputas de significados y relaciones biomédicas en las narrativas de youtubers latinoamericanas. *Historia y sociedad*, 40, 224-242. <https://doi.org/10.15446/hys.n40.86918>
- Rustoyburu, C., & Ariza, L. (2022). Autonomy in Austerity Times. Examining Hormonal Contraceptive Implants in Argentina. *Medical Anthropology*, 1-16.
- Rustoyburu, C., & Mateo, N. (2020). Tecnologías de la (no) reproducción: Discursos médicos sobre el implante subdérmico en jóvenes de sectores populares en Argentina. En R. Cicerchia, M. del P. M. Haydar, F. García González, & C.

- Rustoyburu (Eds.), *El estudio de las formas familiares en el nuevo milenio: Trayectos, dilemas y propuestas*. Prohistoria Ediciones.
- Santarelli, N. (2017). Consideraciones teórico-epistemológicas iniciales para una investigación con perspectiva de género. *RevIISE*, 9(9), 51-62.
- Santarelli, N., & Anzorena, C. (2017). Los socorrismos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario. Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico. *Descentrada*, 1(1), e0008.
- Santos, D. L. A. dos, & Brito, R. S. de. (2016). Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado [Women's feelings on the occurrence of induced abortion] [Sentimientos de mujeres ante el aborto inducido]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), e15613. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.15613>
- Santos, G. M. (2017). Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015). *Anuario CEEED*, 9(9), 19-57.
- Sautu, R. (2003). *Todo es teoría: Objetivos y métodos de investigación*. Ediciones Lumiere.
- Sautu, R. (Ed.). (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (1. ed). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Schaff, E. A., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S., Franks, P., Gore, B. Z., & Poppema, S. (1999). Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 59(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00150-4](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00150-4)
- Scott, J. W. (2001). Experiencia. *La ventana*, 13, 42-73.
- Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo Libros.
- Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 91-111.

- Simonds, W., Ellertson, C., & Winikoff, B. (2001). The US mifepristone abortion trials and caregivers' interpretations of clinical power dynamics. *Health, 5*(2), 207-231.
- Sin cautivas. (2013). Yo aborto, tu abortas, todas hablamos. Representaciones sociales en entrevistas a mujeres que abortaron en Argentina. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible* (pp. 283-302). Herramienta.
- Spitz, I. M. (1998). Early Pregnancy Termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States. *The New England Journal of Medicine, 1241-1247*.
- Stapff, C., Briozzo, L., & Labandera, A. (2011). *Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Iniciativas Sanitarias de Uruguay.
- Suchman, L. (2008). Feminist STS and the Sciences of the Artificial. En E. J. Hackett & Society for Social Studies of Science (Eds.), *The handbook of science and technology studies* (3rd ed). MIT Press : Published in cooperation with the Society for the Social Studies of Science.
- Swahn, M. L., & Bygdeman, M. (1988). The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 95*(2), 126-134. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1988.tb06840.x>
- Szulik, D., Gogna, M., Petracci, M., Ramos, S., & Romero, M. (2008). Anticoncepción y aborto en Argentina: Perspectivas de obstetras y ginecólogos. *salud pública de méxico, 50*, 32-39.
- Szulik, D., & Zamberlin, N. (2020). Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad, 34*, 46-67.

- Szwarc, L., & Vázquez, S. (2018). “Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya”: Tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 28, 90-115. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.06.a>
- Tarducci, M. (2018). Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14(3), 425-432. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2036>
- Tarducci, M., & Tagliaferro, B. (2004). Iglesia católica: Argentina, ni diversa ni laica. *Política y Cultura*, 21, 191-200.
- Távora, L., & Chávez, S. (2013). *Regulación del uso obstétrico del Misoprostol en los países de América Latina y El Caribe*. CLACAI, FLASOG.
- Távora, L., Chávez, S., Grossman, D., Lara, D., & Blandón, M. (2008). Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 253-263.
- Taylor, P. M., Tyler, M. J., & Shearman, D. J. C. (1985a). Gastric acid secretion in the toad bufo marinus with the description of a new technique for in vivo monitoring. *Camp. Biochem. Physiol.*, 18A(2), 325-327.
- Taylor, P. M., Tyler, M. J., & Shearman, D. J. C. (1985b). Gastric emptying and intestinal transit in bufo marinus and the action of E prostaglandis. *AuslJ.Kxp.Biol.Med.Sci.*, 63(2), 223-230.
- Templeton, A. (1998). Misoprostol for all? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(9), 937-939. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10254.x>
- Thomas, H. (2008). Estructuras cerradas versus procesos dinámicos: Trayectorias y estilos de innovación y cambio tecnológico. En H. Thomas & A. Buch (Eds.), *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología* (pp. 217-262). UNQUI.

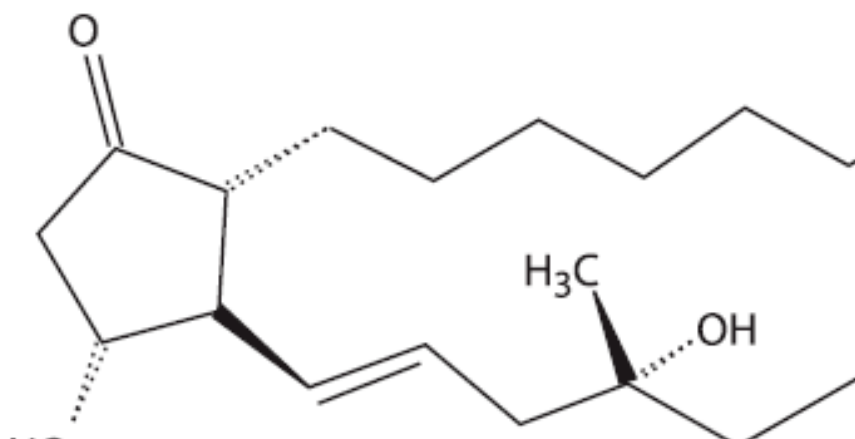
- Thong, K. J., & Baird, D. T. (1992). Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *99*(12), 1004-1007. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb13707.x>
- Torres Santana, A. (2020). *Derechos en riesgo en América Latina: 11 estudios sobre grupos neoconservadores* (1. ed). Ediciones Desde Abajo ; Fundación Rosa Luxemburg, Oficina Región Andina.
- Vaggione, J. M. (2012). La «cultura de la vida»: Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. *Religião & Sociedade*, *32*(2), 57-80. <https://doi.org/10.1590/S0100-85872012000200004>
- Vaggione, J. M. (2017). La Iglesia Católica frente a la política sexual: La configuración de una ciudadanía religiosa. *Cadernos Pagu*, *50*, 1-35. <https://doi.org/10.1590/18094449201700500002>
- Vaggione, J. M., Johnson, M. C., & Wigdor, G. B. (2021). Creer y decidir. Experiencias de abortos en mujeres de Córdoba, Argentina. *Religião & Sociedade*, *41*(1), 219-242. <https://doi.org/10.1590/0100-85872021v41n1cap09>
- Vázquez, S., Gutiérrez, M. A., Calandra, N., & Berner, E. (2006). El aborto en la adolescencia. Investigaciones sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En S. Checa, *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Paidós.
- Vázquez, S., & Szwarc, L. (2018). Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. *RevIISE*, *12*(12), 163-177.

- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., Valero, F., Aragón, S., Marí, J., & Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233. <https://doi.org/10.1080/13625180008500410>
- Velazco Boza, A., Gómez Ponce de León, R., Salas Castillo, L., Yi Mariño, D. R., & Mitchell, E. M. H. (2008). Misoprostol Preferable to Ethacridine Lactate for Abortions at 13–20 Weeks of Pregnancy: Cuban Experience. *Reproductive Health Matters*, 16(sup31), 189-195. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31392-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31392-5)
- Venticinque, V. (2020). Las conquistas de nuestros cuerpos: Transformando la salud de las mujeres en el nuevo milenio. *Revista Panameña de Ciencias Sociales*, 4, 67-78.
- Venturini, T. (s. f.). *Buceando en el Magma Cómo explorar controversias con la teoría del Actor-Red*. 14.
- Vessuri, H. M. C. (2007). *O inventamos o erramos: La ciencia como idea-fuerza en América latina*. Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Wainerman, C., & Sautu, R. (Eds.). (2011). *La trastienda de la investigación*. Ediciones Manantial.
- Wajcman, J. (1991). *Feminism confronts technology*. Pennsylvania State University.
- Wajcman, J. (2006). *El tecnofeminismo*. Ediciones cátedra.
- Weeks, A. D., Fiala, C., & Safar, P. (2005). Misoprostol and the debate over off-label drug use. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(3), 269-272. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00490.x>

- Winikoff, B., Bilian, X., & Eschen, A. (1997a). *Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: A comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion*. 176(2), 7.
- Winikoff, B., Bilian, X., & Eschen, A. (1997b). *Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: A comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion*. 176(2), 7.
- Winograd, R., & Tomassini, T. (2002). Consideraciones acerca del uso del misoprostol por vía intravaginal para la maduración cervical y la inducción del parto. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 81(953), 217-219.
- Zamberlin, N. (2007). El aborto en Argentina. *Hojas Informativas*, 3(Junio).
- Zelaya, M., Burgardt, N., Chiarante, N., Piñeiro, F., Maglio, D. G., Alcain, J., & Carro, A. C. (2021). Producción Pública de Medicamentos y Vacunas: Análisis histórico y de políticas científicas con foco en el caso argentino. En F. Bernabé, *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica. Volumen I: Medio ambiente y sociedad / Política Científica*. (pp. 179-200). AFHIC.
- Zordo, S. D. (2016). The biomedicalisation of illegal abortion: The double life of misoprostol in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 19-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100003>
- Zurbriggen, R., & Anzorena, C. (Eds.). (2013). *El aborto como derecho de las mujeres: Otra historia es posible*. Herramienta Ediciones.
- Zurbriggen, R., Trpin, M., & Grosso, B. (2013). Decidir abortar, decidir acompañar. Socorro Rosa: Un servicio de prácticas y experiencias en clave feminista. En R. Zurbriggen & C. Anzorena (Eds.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. (pp. 303-320). Herramienta.

Zurbriggen, R., Vacarezza, N., Alonso, G., Grosso, B., & Trpin, M. (2018). *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo: Una investigación socorrista feminista* (1o edición). Ediciones La Parte Maldita.

ANEXOS



Anexo 1

15/9/2020

Disposición 3646/98 del 24/07/98



Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

ESPECIALIDADES MEDICINALES

Disposición 3646/98

Unifícase la condición de expendio de las especialidades medicinales que contienen Misoprostol como monodroga o asociada a Diclofenac, las que deberán comercializarse bajo la condición de Venta Bajo Receta Archivada.

Bs. As., 24/7/98

B.O: 31/7/98

VISTO el Expediente nº 1-47-5717-96-5 del Registro de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, y

CONSIDERANDO:

Que el Departamento de Farmacovigilancia de la A.N.M.A.T. recibió información de usos indebidos del Misoprostol.

Que esa información provino de médicos del Ministerio de Salud de la provincia de San Juan y de profesionales farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires.

Que los referidos profesionales comunicaron con preocupación la utilización del Misoprostol sin indicación médica con fines abortivos, ya sea pro vía oral o vaginal.

Que desde el punto de vista farmacológico el Misoprostol es un antagonista sintético de la prostaglandina E1 (Alprostadil) que posee como tal propiedad estimulante de las contracciones uterinas.

Que el mencionado Departamento haciéndose cargo de las preocupaciones transmitidas por los profesionales citados, se dedicó a la revisión de lo actuado por A.N.M.A.T. así como también a la búsqueda bibliográfica y a la realización de consultas a hospitales y especialistas con la finalidad de disminuir o evitar los riesgos mencionados.

Que del estudio realizado surge que existen en el mercado farmacéutico especialidades medicinales que contienen Misoprostol solo o asociado a Diclofenac.

Que las especialidades medicinales que contienen Misoprostol tienen dos condiciones de venta: venta bajo receta y venta bajo receta archivada.

Que el contenido de los prospectos y las advertencias tendientes a minimizar los riesgos, tienen variado énfasis en las diferentes especialidades medicinales.

Que el Misoprostol como monodroga está comercializada en EE.UU., Canadá y otros países y las asociaciones de Diclofenac con Misoprostol en España y EE.UU..

Que esta asociación merece alta recomendación terapéutica por su eficacia antiinflamatoria en la prevención de recidivas en casos con úlcera gástrica y duodenal (Martindale, Vol. 30).

Que las entidades científicas consultadas que agrupan a los obstetras de nuestro país: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires y la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia consideran que la droga necesita un uso y aplicación controlados con exigencia de información clara acerca de los riesgos.

Que la situación descripta torna necesaria la adopción de medidas adecuadas para la prevención y protección de la salud de la población, unificando en forma rigurosa la condición de expendio de los productos que contienen Misoprostol, como así también la inclusión de información adicional en los textos de los prospectos de los productos ya autorizados.

Que el Departamento de Farmacovigilancia y la Comisión de Prospectos de la Coordinación de Evaluación de Medicamentos han emitido los informes técnicos correspondientes.

Que la Dirección de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/52130/norma.htm

1/2

Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por el Decreto nº 1490/92.

Por ello,

EL DIRECTOR NACIONAL DE LA ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA DISPONE:

Artículo 1º— Unifícase la condición de expendio de las especialidades medicinales que contienen Misoprostol como monodroga o asociada a Diclofenac, las que deberán comercializarse bajo la condición de VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA.

Art. 2º— Apruébase la información adicional para los prospectos de todos los productos que contienen Misoprostol que figura como ANEXO I de la presente Disposición y forma parte integrante de la misma.

Art. 3º— Los laboratorios titulares de certificados de productos que contienen Misoprostol como monodroga o asociada a Diclofenac, en un plazo de 90 días a partir de la publicación en el Boletín Oficial, deberán presentar los textos de los prospectos incluyendo la información aprobada en el artículo 2º de la presente Disposición, y adecuar la condición de expendio de los productos de acuerdo a lo establecido en el artículo 1º de la presente Disposición.

Art. 4º — El Departamento de Farmacovigilancia de esta Administración Nacional notificará a las Asociaciones Profesionales participantes, mencionadas en los Considerandos, lo actuado hasta el presente, y las invitará a continuar con los intercambios técnicos por efectos adversos y resultados terapéuticos, con o sin uso indebido de la droga Misoprostol, a fin de adoptar medidas complementarias, si correspondiere.

Art. 5º— Anótese, comuníquese a quienes corresponda, a las Asociaciones Profesionales mencionadas en los Considerandos, a las Cámaras de Especialidades Medicinales—CAEME, CILFA, COOPERALA—, a la Asociación Argentina de Farmacia y Bioquímica Industrial (SAFyBI), a la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), a la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), a la Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial.

Cumplido, archívese PERMANENTE.—Pablo M. Bazerque.

ANEXO I

EFFECTOS ADVERSOS

Teratogénesis

Se ha descrito la aparición de malformaciones congénitas en niños de madres que han ingerido Misoprostol durante el primer trimestre del embarazo.

La diarrea y el dolor abdominal son efectos adversos moderados y que se han observado frecuentemente (13-40 % de los pacientes).

ADVERTENCIA - NOTA ESPECIAL PARA LAS MUJERES

Este medicamento puede inducir la interrupción del embarazo, por lo tanto, si Ud. esta embarazada no lo debe usar.

Las interrupciones en el embarazo causadas por el Misoprostol pueden ser incompletas. Esta situación puede tener serias complicaciones médicas llegando a requerir hospitalización y cirugía, cuya consecuencia podría ser la infertilidad.

Si Ud. cree que está embarazada no tome Misoprostol. Debe evitar el embarazo mientras está tomando Misoprostol, esto significa que debe estar bajo una forma eficaz de control de la natalidad. Si Ud. Esta tomando Misoprostol y se embaraza, deje de tomar el medicamento y consulte a su médico.

LACTANCIA

No se recomienda el uso de Misoprostol durante la lactancia dado que su potencial distribución podría causar diarrea severa en el niño que lacta.

Anexo 2

Tengo una duda...

¿Qué hago si no puedo usar misoprostol y quiero abortar igual?

En este caso una mujer necesita que le hagan un aborto quirúrgico (cirugía). Las cirugías que más se usan para abortar son el raspaje y la aspiración. Para que sean seguras deben hacerlas personas capacitadas, con instrumentos de cirugía (no con elementos caseros), en lugares limpios y desinfectados, y con anestesia local. La mujer debe quedar internada en el hospital o el consultorio durante unas horas después del aborto, y deben revisar que su salud esté bien antes de irse a su casa.

¿Qué hago si no puedo usar misoprostol y mi embarazo pone en peligro mi salud o mi vida?

Si continuar con el embarazo agrava tu salud o pone en peligro tu vida, en los hospitales públicos no pueden negarse a hacerte el aborto con una cirugía. Puede ser muy difícil lograr esto en poco tiempo, aunque te respalden abogadas/os. Tenés derecho a abogadas/os gratis (hay más información en la página 120). También podés llamar al 0800 222 3444, del Ministerio de Salud de la Nación.

¿Qué hago si el/la médico/a se niega a decirme si puedo usar misoprostol o no?

Un/a médico/a puede negarse a practicar un aborto, pero no puede negarse a darte toda la información que necesitás sobre el medicamento y tu estado de salud. Si su respuesta no te convence, o tenés dudas, tenés derecho a consultar con otros/as médicos/as.

No te arriesgues. Si la/el médica/o no sabe o no quiere revisarte o hacerte los estudios que necesitás, debe darte el nombre y la dirección de un centro de salud, hospital o de otro/a médico/a dónde consultar y hacerte los estudios, ya sea por tu obra social o en el hospital.



26

¿Necesito estudios de laboratorio específicos o algún otro estudio antes del aborto con misoprostol?

Hasta las 12 semanas cumplidas de embarazo en general no es necesario ningún estudio antes de abortar con misoprostol. Desde la semana 13 de embarazo en adelante, esto cambia (ver capítulo 8). Si la mujer no sabe las semanas de embarazo, puede hacerse una ecografía o un análisis de sangre (ver página 34). Si una mujer sospecha que tiene algún problema de salud y no puede usar misoprostol, puede ir en cualquier momento al médico/a a que le hagan estudios. Estos estudios deben hacerse rápido.

¿Puedo hacerme un aborto con misoprostol si ya me hice abortos quirúrgicos?

Sí, no es más peligroso ni son necesarias precauciones especiales por haber tenido un aborto quirúrgico en el pasado.

¿Puedo hacerme un aborto con misoprostol si ya me hice un aborto con medicamentos alguna vez?

Sí. No hay limitaciones al número de abortos con misoprostol que una mujer puede hacerse. Tampoco es necesario dejar pasar ningún tiempo especial entre cada aborto.

¿Si soy obesa, tengo que usar la misma cantidad de misoprostol para abortar?

Sí. La cantidad de misoprostol que se necesita para abortar es distinta según las semanas de embarazo cumplidas, el peso no tiene nada que ver.

¿Puedo usar misoprostol para abortar si tengo malformaciones en el útero o cirugías en el útero?

Si una mujer tiene malformaciones en el útero o una operación en el útero de más de 6 meses cumplidos, no hay ningún problema.

27

Anexo 3

OXAPROST® - OXAPROST® 75 DICLOFENAC MISOPROSTOL

COMPRIMIDOS

Venta bajo receta archivada

Industria Argentina

FORMULAS

OXAPROST®

Cada comprimido contiene:

Diclofenac sódico.....	50 mg
Misoprostol estabilizado al 1 %	20,2 mg (equivalente a 200 mcg de misoprostol + 20 mg HPMC)
Celulosa microcristalina, almidón de maíz, povidona, estearato de magnesio, lactosa, Acryl Eze, antiespumante, crospovidona, dióxido de silicio coloidal y aceite de ricino hidrogenado.....	c.s.

OXAPROST® 75

Cada comprimido contiene:

Diclofenac sódico.....	75 mg
Misoprostol estabilizado al 1 %	20,2 mg (equivalente a 200 mcg de misoprostol + 20 mg HPMC)
Celulosa microcristalina, almidón de maíz, povidona, estearato de magnesio, lactosa, Acryl Eze, antiespumante, crospovidona, dióxido de silicio coloidal y aceite de ricino hidrogenado.....	c.s.

ACCION TERAPEUTICA

Agente antiinflamatorio, analgésico, antipirético, no esteroide (AINE), fármaco inhibidor de la secreción ácida gástrica y citoprotector de la mucosa gastroduodenal.

INDICACIONES

Tratamiento de los signos y síntomas de la artritis reumatoidea y osteoartritis.

Este medicamento no debe usarse en mujeres de edad fértil a menos que tengan un alto riesgo de complicaciones gástricas asociadas al uso de antiinflamatorios no esteroideos o alto riesgo de desarrollo de úlcera gástrica o duodenal, y en estos casos deben usarse medidas de contracepción efectivas.

CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS

Acción farmacológica

El diclofenac tiene acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Estas acciones se ejercen a través de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas a nivel de la enzima prostaglandin-sintetasa (ciclooxigenasa).

El misoprostol inhibe la secreción ácida gástrica, tanto basal como la estimulada por histamina, pentagastrina, alimentos y cafeína, además reduce la secreción gástrica nocturna. Los estudios *in vitro* indican que la inhibición de la secreción del ácido gástrico se ejerce por una acción directa sobre los receptores específicos para PGE situados en la superficie de las células parietales del estómago. Estudios en animales sugieren predominio del efecto local del misoprostol sobre el efecto sistémico.

Si bien el mecanismo de protección de la mucosa no está completamente definido, el misoprostol aumenta los mecanismos fisiológicos normales de la mucosa gastroduodenal.

El misoprostol estimula la secreción duodenal de bicarbonato en forma dosis-dependiente y la cantidad de mucus soluble que se obtiene del aspirado gástrico. Además en humanos, el misoprostol en dosis de 200 mcg, incrementa el flujo sanguíneo de la mucosa en más del 15 % sobre el basal.

En pacientes con osteoartritis, 200 mcg de misoprostol coadministrados con 900 mg de aspirina 4 veces por día, redujeron la pérdida de sangre por materia fecal inducida por la aspirina. En sujetos sanos, el pretratamiento con 200 mcg de misoprostol, brindó una protección de la mucosa gástrica altamente significativa contra el daño producido por la aspirina. El misoprostol, en dosis de 25 y 50 mcg, dosis que ejercen ligero efecto antisecreto, cuando se administra concomitantemente con aspirina, mostró acción citoprotectora de la mucosa en sujetos sanos, al reducir el sangrado gástrico y la pérdida de sangre por materia fecal.

Dosis de 200 mcg de misoprostol, 4 veces por día, coadministradas con aspirina, son altamente eficaces, tanto en la cicatrización de úlceras y erosiones gástricas como en las lesiones hemorrágicas gastroduodenales inducidas por aspirina, en los pacientes con artritis reumatoidea que están sometidos a altas dosis de esta droga (650 - 1.300 mg, 4 veces por día). El misoprostol no interfiere con los efectos

beneficiosos de la aspirina sobre los signos y síntomas de la artritis reumatoidea.

Estudios realizados en voluntarios sanos mostraron que 200 mcg de misoprostol coadministrados con tolmetina y naproxeno protegieron la mucosa gastroduodenal contra las lesiones producidas por los mismos.

Farmacocinética

El diclofenac sódico se absorbe rápidamente en el intestino y está sujeto a metabolismo de primer paso. La concentración plasmática pico se obtiene entre 1 y 4 horas después de la administración oral. Este principio activo tiene una ligadura proteica de 99,7 % y la vida media plasmática para la fase terminal de eliminación es de 1 - 2 horas.

Aproximadamente el 60 % de la dosis administrada se excreta por riñón en forma de metabolitos y menos del 1 % como droga no metabolizada.

Cerca del 30 % de la dosis se excreta en la bilis bajo la forma de metabolitos.

El misoprostol se absorbe rápidamente luego de su administración por vía oral. Los niveles plasmáticos máximos de su metabolito activo (ácido misoprostol) son proporcionales a la dosis y los alcanza aproximadamente a los 30 minutos. La vida media de eliminación plasmática del ácido misoprostol es de 20 a 40 minutos. La vida media de eliminación plasmática de los metabolitos inactivos adicionales del misoprostol es de 1,5 horas. No hay acumulación plasmática de ácido misoprostol luego de la administración de una dosis múltiple de 400 mcg, 2 veces por día.

Cuando se suministra por vía oral una dosis de misoprostol radiomarcado, se observa que el 73 % se excreta en orina y el 15 % en las heces. Alrededor del 56 % de la radiactividad total se elimina con la orina dentro de las 8 horas.

El misoprostol se metaboliza por la vía de los sistemas oxidativos de los ácidos grasos (beta y omega oxidación), los que están presentes en todo el organismo. Por tal motivo es improbable que otros fármacos interfieran en el metabolismo del misoprostol, ya sea en pacientes sanos o con daño hepático. En estudios clínicos que incluyeron más de 7.000 pacientes no se atribuyeron al misoprostol interacciones medicamentosas. En un estudio realizado con altas dosis de antiácidos decreció la biodisponibilidad del ácido misoprostol. El significado clínico de esto no ha sido bien establecido, ya que el efecto del misoprostol en el estómago y el duodeno es local. El misoprostol no ejerce ninguna acción clínicamente significativa sobre la absorción, niveles plasmáticos o la acción antiagregante plaquetaria de dosis terapéuticas de aspirina. La administración de misoprostol no provocó niveles séricos anormales de creatinina.

El porcentaje de unión del ácido misoprostol a las proteínas séricas fue menor del 90 % y, dentro del rango terapéutico, resultó ser independiente de la concentración. No hubo acumulación de misoprostol en los glóbulos rojos. La administración de misoprostol con la comida no altera la biodisponibilidad del ácido misoprostol, pero reduce la concentración máxima (C_{max}) e incrementa la vida media del mismo. En sujetos sanos de alrededor de 64 años, el área bajo la curva para el ácido misoprostol está incrementada, quizá debido a una disminución del volumen de distribución del metabolito o, menos probablemente, a una biodisponibilidad sistémica aumentada. De todos modos, no hubo diferencias significativas en la seguridad o en la eficacia en los pacientes ancianos comparadas con los jóvenes.

POSOLOGIA Y MODO DE ADMINISTRACION

OXAPROST®: un comprimido 2 a 3 veces por día, con las comidas.

OXAPROST® 75: un comprimido 2 veces por día, con las comidas.

No se requieren ajustes de dosis en pacientes ancianos. Los comprimidos de OXAPROST® y OXAPROST® 75 no deben ser masticados, rotos o disueltos.

CONTRAINDICACIONES

Úlcera péptica activa. Pacientes con hipersensibilidad al diclofenac o a las prostaglandinas.

El diclofenac está contraindicado en pacientes asmáticos que presentan crisis de broncoespasmos, urticaria o rinitis aguda cuando reciben aspirina u otros agentes antiinflamatorios no esteroideos. El uso de inhibidores de la prostaglandin-sintetasa puede producir el cierre prematuro del conducto

arterioso cuando se los administra en el último trimestre del embarazo.

OXAPROST® y OXAPROST® 75 están contraindicados en la embarazada.

El misoprostol puede comprometer el embarazo ya que produce contracciones uterinas y puede producir interrupción del mismo. Existen reportes de Brasil sobre anomalías congénitas o muerte fetal asociadas al mal uso del misoprostol.

Debe advertirse a las mujeres no embarazarse mientras estén tomando misoprostol. Si una mujer se embaraza mientras está tomando misoprostol, debe discontinuarse el uso del producto.

El misoprostol induce contracciones uterinas y, en el primer trimestre del embarazo, puede ocasionar sangrado uterino y la expulsión parcial o total del producto de la concepción.

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS

ADVERTENCIA - NOTA ESPECIAL PARA LAS MUJERES

Este medicamento puede inducir la interrupción del embarazo, por lo tanto, si usted está embarazada no lo debe usar.

Las interrupciones en el embarazo causadas por el misoprostol pueden ser incompletas. Esta situación puede tener serias complicaciones médicas llegando a requerir hospitalización y cirugía, cuya consecuencia podría llegar a ser la infertilidad.

Si usted cree que está embarazada no tome misoprostol. Debe evitar el embarazo mientras está tomando misoprostol, esto significa que debe estar bajo una forma eficaz de control de la natalidad. Si usted está tomando misoprostol y se embaraza, deje de tomar el medicamento y consulte a su médico.

En términos generales los AINEs deben ser administrados con cuidado en pacientes con antecedentes de úlcera gastroduodenal, hematemesis o melena, colitis ulcerosa, enfermedad de Cröhn, diátesis hemorrágica o anomalías hematológicas. Los pacientes con insuficiencia hepática, cardíaca o renal severa, así como los ancianos, deben ser mantenidos bajo estricto control y se les deben realizar periódicamente pruebas de funcionalismo renal, hepático y hematológicas.

Las mujeres en edad fértil deben emplear un método anticonceptivo adecuado (contraceptivos orales o dispositivos intrauterinos) mientras estén recibiendo misoprostol (ver CONTRAINDICACIONES).

Lactancia: no se recomienda el uso de misoprostol durante la lactancia dado que su potencial distribución podría causar diarrea severa en el niño que lacta.

En animales, las prostaglandinas de tipo E tienen la capacidad de producir hipotensión por vasodilatación periférica. Los resultados de los estudios clínicos indican que el misoprostol no produce hipotensión arterial a las dosis eficaces para promover la cicatrización de úlceras gastroduodenales. Pese a ello, el misoprostol debe usarse con precaución en presencia de enfermedades en las que la hipotensión arterial podría precipitar complicaciones severas, por ejemplo, enfermedad vascular cerebral o coronaria. No se ha establecido la seguridad y eficacia de OXAPROST® y OXAPROST® 75 en menores de 18 años.

Interacciones medicamentosas

El diclofenac puede aumentar las concentraciones plasmáticas del litio, del metotrexato y de la digoxina.

Los estudios farmacodinámicos no mostraron que el diclofenac potenciara los efectos de los hipoglucemiantes orales y los anticoagulantes, sin embargo es aconsejable el monitoreo adecuado durante la coadministración de estas drogas.

Se ha informado que el diclofenac disminuye los niveles séricos de salicilatos y viceversa; aún no está aclarada la relevancia clínica de este fenómeno.

Hay reportes de que algunos AINEs inhiben el efecto natriurético de los diuréticos del tipo furosemida.

En estudios clínicos no hubo evidencia de interacciones medicamentosas entre el misoprostol y drogas utilizadas a nivel cardíaco, gastrointestinal, pulmonar o del sistema nervioso central. En un estudio de farmacocinética se observó interacción medicamentosa con altas dosis de antiácidos (ver CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS, **Farmacocinética**). Sin embargo, en estudios clínicos de cicatrización de úlceras, los antiácidos a bajas dosis no tuvieron efecto sobre la eficacia del misoprostol.

REACCIONES ADVERSAS

Teratogénesis: se ha descrito la aparición de malformaciones congénitas en niños de madres que han ingerido misoprostol durante el primer trimestre del embarazo.

La diarrea y el dolor abdominal son efectos adversos moderados y que se han observado frecuentemente (13 - 40 % de los pacientes).

En algunas pacientes pueden producirse alteraciones menstruales.

El diclofenac puede producir raras veces efectos colaterales sobre el sistema nervioso central tales como: cansancio, insomnio o irritabilidad.

Ocasionalmente se reportaron reacciones cutáneas, retención hídrica y anomalías de las transaminasas séricas. Existen evidencias de que los AINEs producen úlcera gastroduodenal, hematemesis y melena. También se han informado ictericia, hepatitis, insuficiencia renal y síndrome nefrótico. En cualquiera de estas circunstancias el tratamiento debe ser suspendido.

Muy raramente se han reportado leucopenia, trombocitopenia y anemia aplásica.

Se han informado reacciones anafilácticas / anafilactoides, broncoespasmo y eritema multiforme.

No hubo diferencias significativas en el perfil de seguridad del misoprostol en aproximadamente 500 pacientes que tenían 65 años o más, comparado con pacientes más jóvenes.

La seguridad de la administración de misoprostol a largo plazo se demostró en múltiples estudios en los cuales los sujetos fueron tratados con dosis de 400 mcg diarios en forma continua durante un año.

SOBREDOSIFICACION

Los síntomas de sobredosis de diclofenac no están bien definidos pero es posible que se presenten efectos gastrointestinales, renales y hepáticos. El tratamiento debe ser sintomático y no hay antídoto específico.

La dosis tóxica de misoprostol en seres humanos no ha sido determinada. Fueron toleradas dosis diarias acumulativas totales de 1.600 mcg, sólo con el reporte de síntomas de malestar gastrointestinal. En animales, los efectos tóxicos agudos son similares a los reportados para otras prostaglandinas: relajación del músculo liso, dificultad respiratoria y depresión del sistema nervioso central.

Los signos clínicos que pueden indicar una sobredosis son: sedación, temblor, convulsiones, disnea, dolor abdominal, contracciones uterinas, diarrea, palpitations, hipotensión arterial o bradicardia.

El tratamiento inmediato, requiere la emesis forzada para eliminar los comprimidos no digeridos.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital General de Niños "**Dr. Ricardo Gutiérrez**"

Tel.: (011) 4962-6666/2247.

Hospital General de Niños "**Dr. Pedro de Elizalde**"

Tel.: (011) 4300-2115/ 4362-6063.

Hospital Nacional "**Prof. A. Posadas**"

Tel.: (011) 4654-6648/ 4658-7777.

Hospital de Pediatría "**Sor María Ludovica**"

Tel.: (0221) 451-5555.

PRESENTACIONES

OXAPROST®: envases con 16 comprimidos.

OXAPROST® 75: envases con 16 comprimidos.

CONDICIONES DE CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO

Conservar en su envase original, a temperaturas comprendidas entre 15 y 30 °C.

MANTENGA ESTE MEDICAMENTO FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCION Y VIGILANCIA MEDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN NUEVA RECETA MEDICA.

Ante cualquier duda consultar al 0-800-444-2382 (BETA).

Fecha de la última revisión: 06.02.

Anexo 4

MISOP 200 MISOPROSTOL 200 µg Comprimidos ranurados vaginales

INDUSTRIA ARGENTINA
VENTA BAJO RECETA ARCHIVADA

FÓRMULA

Cada comprimido ranurado vaginal contiene:

Principio activo: Misoprostol (como dispersión en HPMC al 1%) 200 µg.

Excipientes: Lactosa monohidrato 126,0 mg, Celulosa en polvo 42,0 mg, Almidón glicolato de sodio 10,00 mg, Estearato de magnesio 2,00 mg.

Código ATC: G02AD06

ACCIÓN TERAPEUTICA

Agente uterotónico y de maduración cervical, análogo sintético de la prostaglandina E1 (PGE1).

INDICACIONES

- Dilatación y preparación del cérvix de útero no grávido previa a una histeroscopia.
- Otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina.

ACCIÓN FARMACOLÓGICA

Propiedades farmacodinámicas

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1. La duración de la acción terapéutica es mayor y resiste mejor el metabolismo inmediato del efecto de primer paso que las prostaglandinas de síntesis natural. Induce la contracción de la musculatura uterina, actúa como agente dilatación de vasos sanguíneos y como ligero broncodilatador sobre la fibra muscular lisa bronquial. También actúa sobre el tracto gastrointestinal inhibiendo la secreción de ácido actuando directamente sobre las células parietales gástricas, disminuyendo la producción de pepsina, estimulando la secreción duodenal de bicarbonato y aumentando la producción gástrica de moco.

Las prostaglandinas más relevantes en ginecología y obstetricia son las pertenecientes a los grupos E y F. Al contrario de lo que ocurre con la oxitocina, cuyos receptores miométriales requieren en feromonas de inducción que sólo ocurren tempranamente en la gestación, los receptores de las prostaglandinas están presentes en todo tejido miométrial, tanto fuera de la gestación como en cualquier momento cronológico de la misma y esta circunstancia permite su uso a lo largo de todo el embarazo e incluso fuera de él. Mediante cambios en la estructura molecular que permiten bloquear su rápido metabolismo, se consiguen modificaciones significativas en su duración de acción, consiguiendo una elevada eficacia con concentraciones bajas y una disminución en los efectos adversos indeseables.

El misoprostol, al igual que otras prostaglandinas, produce maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino disminuyendo la cantidad de fibras de colágeno y permitiendo que se intercale entre ellas una mayor cantidad de agua. Por otro lado, y de forma consecutiva, el misoprostol aumenta la frecuencia y la intensidad de las contracciones del músculo liso uterino de forma que las fibras se orientan en el sentido de la tensión ejercida sobre ellas, facilitando así la expulsión del contenido uterino.

Estas propiedades del misoprostol permiten su utilización en la maduración cervical previa a una histeroscopia u otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina en la inducción del parto, en la prevención o tratamiento de la hemorragia posparto o en la interrupción del embarazo, ya sea solo o en combinación con otros fármacos abortivos. Por otro lado, al aumentar el flujo renal, el misoprostol mejora la función renal en pacientes con trasplantes renales, compensando la vasoconstricción renal producida por la ciclosporina u otros inmunosupresores.

Propiedades farmacocinéticas

Absorción: La biodisponibilidad del misoprostol por vía vaginal, es tres veces mayor que por vía oral. Después de la administración vaginal, la concentración plasmática del misoprostol se eleva gradualmente, alcanzando el pico máximo entre 60 y 120 minutos, y declina lentamente llegando hasta el 61% del nivel máximo en los 240 minutos después de la administración.

Tabla 1. Perfil farmacocinético de la administración vaginal

Variable	Vaginal (n=10)
Cmax (pg/mL)	165 ± 86
Tmax (min)	80 ± 27
AUC 0-240 min	503,3 ± 296,7
AUC 0-360 min	956,7 ± 541,7

Pacientes con hepatopatías o insuficiencia renal de moderada a grave, deben ajustar las dosis de misoprostol ya que los valores de Cmax y AUC pueden llegar a ser casi el doble que en pacientes sanos. Por otro lado, existen estudios que aluden al hecho de que el pH vaginal puede modificar la farmacocinética del misoprostol, cuando éste es administrado por esta vía, ya que puede influir en el grado de absorción del mismo, aunque los resultados no son concluyentes.

Distribución: El ácido de misoprostol, principal metabolito activo de misoprostol, se une fuertemente a proteínas plasmáticas, con valores en torno al 80-90%. La unión del fármaco a proteínas plasmáticas es independiente de la concentración plasmática de misoprostol o de sus metabolitos, cuando se administra a dosis terapéuticas. Esto hace que su administración no se vea afectada con

la edad del paciente o con la administración concomitante de otros fármacos que se unan fuertemente a proteínas plasmáticas.

Biotransformación: Una vez es absorbido, el misoprostol sufre un metabolismo hepático intenso y casi completo, dando lugar a metabolitos como su derivado desacetilado, que es el responsable de su actividad. Dicho metabolito ácido sufre un metabolismo adicional mediado por los sistemas oxidativos de los ácidos grasos (β y ω oxidación), y una posterior reducción del grupo cetona genera compuestos carentes de actividad.

El misoprostol no induce ni inhibe el sistema enzimático oxidativo del Citocromo P450, por lo que no produce interacciones con medicamentos como teofilina, warfarina, benzodiazepinas y otros medicamentos que utilizan esta misma vía de metabolismo.

Eliminación: El misoprostol se elimina fundamentalmente por metabolismo, y posterior excreción en orina (73%), apareciendo en ésta en forma de metabolitos fundamentalmente, con menos del 1% en forma inalterada. Se han encontrado pequeñas cantidades en heces (15%), probablemente por eliminación biliar.

Datos preclínicos sobre seguridad

El misoprostol a dosis elevadas, produce un incremento de anomalías congénitas en ratas y conejos, incluyendo anomalías en las extremidades superiores e inferiores y en el sistema nervioso central, siendo el período de mayor sensibilidad entre el primer y el segundo mes del embarazo. Se ha observado que el misoprostol presenta un efecto embriotóxico en ratas y conejos y cualquier dosis que produzca un incremento sostenido del tono uterino puede poner en peligro el embrión o feto.

En animales, los efectos tóxicos agudos de misoprostol son similares a los descritos para otras prostaglandinas: relajación del músculo liso, dificultad respiratoria y depresión del sistema nervioso central. Según ensayos realizados en animales los signos clínicos que pueden indicar una sobredosis de misoprostol son: diarrea y una disminución en la actividad motora en roedores; y emesis, convulsiones, midriasis y diarrea en perros. No existen diferencias significativas en los valores de DL50 con respecto a distintos sexos y vías de administración; y tampoco se evidencian cambios notables en los signos clínicos tóxicos con respecto al sexo, tipo de especie animal ni vía de administración.

No se ha determinado la dosis tóxica del misoprostol en humanos.

Durante un estudio toxicológico a largo plazo realizado con misoprostol en perros, ratas y ratones, se observó un aumento reversible en el número de células (hiperplasia) epiteliales gástricas superficiales. También se obtuvo una respuesta evidente de toxicidad a largo plazo en un estudio realizado con ratones hembras cuando se les administró de 100 a 1000 veces la dosis eficaz humana, sufriendo hiperostosis (hipertrofia de huesos), principalmente en la médula del esternón. Sin embargo, no ocurrió lo mismo en estudios a largo plazo realizados en perros y ratas y tampoco se ha visto este signo en los seres humanos tratados con misoprostol.

Varios estudios *in vitro* demuestran que el misoprostol carece de poder mutagénico. También se han realizado estudios de carcinogenicidad en ratas y en ratones, a los cuales se les administraron dosis de 2, 240 y 2400 microgramos/Kg/día durante 104-106 semanas en ratas, y dosis de 160, 1600 y 16000 microgramos/Kg/día durante 91-94 semanas en ratones. Tras observar los resultados, se puede decir que el misoprostol no causa ni aumenta la frecuencia de la aparición de tumores y que el aumento del número de células epiteliales gástricas es el mayor cambio morfológico encontrado tras el tratamiento prolongado con misoprostol, siendo esta hiperplasia reversible en cuanto se cesa la administración del mismo.

Estudios de carcinogenicidad a largo plazo realizados en ratones administrándoles dosis de hasta 2400 microgramos/Kg/día durante dos años, demuestran que el misoprostol no es carcinogénico. Se han descrito más de 35 tipos de anomalías en niños expuestos a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo, que se pueden categorizar por grupos anatómicos. Los defectos descritos con mayor frecuencia fueron los correspondientes a las extremidades inferiores y se presentaron en las cuatro quintas partes (82,6%, n=57) del total de los casos. Más de la mitad de los casos (55,1%, n=38) presentaron anomalías en el sistema nervioso central, mientras que dos quintas partes (40,6%, n=28) y una cuarta parte (27,5%, n=19) presentaron anomalías en las extremidades superiores y en el sistema esquelético, respectivamente. Dos quintas partes (40,6%, n=28) de los casos presentaron otras anomalías como defectos de los genitales, los ojos o el paladar.

Se han publicado también efectos que han sufrido niños de madres que ingirieron misoprostol en un intento fallido de provocar un aborto. Dentro de los efectos más comunes se encuentran el síndrome de Moebius (parálisis facial congénita) y defectos en las extremidades. Aun así, el riesgo absoluto de sufrir este síndrome es relativamente bajo entre las mujeres expuestas a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, no se debe olvidar que debido a las indicaciones de este producto, los efectos teratogénicos anteriormente descritos, tendrán poca relevancia en estos casos.

POSOLÓGIA:

Este medicamento debe ser utilizado por médicos, por vía vaginal.

La dosis debe ser adaptada a la respuesta de la paciente y deberá mantenerse siempre a los niveles más bajos que produzcan una respuesta uterina satisfactoria.

La posología recomendada es de 2 comprimidos vaginales de 200 microgramos (400 microgramos) insertada en el fondo del saco vaginal, 2 a 8 horas antes, en úteros sin historia de cesárea previa o cicatrices uterinas y de 2 a 4 horas antes en úteros con historia de cesárea previa u oocitos uterinas.

FORMA DE ADMINISTRACION

La vía de administración es la vaginal. Se deben seguir las siguientes recomendaciones de uso:

- Lavar cuidadosamente las manos.
- Extraer el comprimido vaginal del blister.
- La paciente debe recostarse sobre la espalda con las rodillas tocando el pecho.
- Con la punta del dedo corazón (medio), se debe insertar el comprimido vaginal en la vagina lo más profundamente posible sin que cause malestar.

Población pediátrica

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia en mujeres menores de 18 años. No se dispone de datos.

CONTRAINDICACIONES

- Pacientes en las que los fármacos oxitocínicos están generalmente contraindicados o en las que las contracciones prolongadas del útero se consideren inapropiadas.
- Antecedentes de hipersensibilidad al misoprostol, a las prostaglandinas o a alguno de los excipientes de los comprimidos.
- Embarazo o sospecha de embarazo.

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

- Misoprostol 200 microgramos, al igual que otros agentes uterotónicos potentes, deberá ser utilizado siguiendo una estricta observación de la dosis y régimen recomendados. Asimismo, debe ser utilizado únicamente en centros hospitalarios con acceso a cuidados intensivos y cirugía de urgencia.
- En ausencia de estudios específicos, no se recomienda el uso de Misoprostol en pacientes con:
 - Insuficiencia renal.
 - Insuficiencia hepática.
 - Desnutrición y anemia.
- Deberá ser administrado con precaución en pacientes con:
 - Epilepsia o antecedentes de epilepsia. Las prostaglandinas y sus análogos pueden producir convulsiones epilépticas cuando se administran por vías diferentes a la oral.
 - Enfermedad renal y/o hepática: En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática moderada o grave, se ha observado un aumento del AUC, C_{max} y t_{1/2}, por lo que en caso de ser utilizado en estos pacientes será necesario un reajuste posológico, aunque inicialmente no se recomienda su uso en estos casos.
 - Enfermedad cardiovascular.
 - Hipotensión: El misoprostol podría inducir la aparición de hipotensión arterial por el efecto vasodilatador periférico de las prostaglandinas.
 - Historial de cesárea o cirugía mayor uterina.

Ante la eventualidad de una hemorragia, debe prestarse especial atención a las pacientes con trastornos hemostáticos acompañados de hipocoagulabilidad o con anemia.

Se ha descrito un mayor riesgo de coagulación intravascular diseminada postparto en las pacientes en las que se les ha inducido el parto mediante un método fisiológico o farmacológico. Debe tenerse precaución al administrar comprimidos vaginales a pacientes con ruptura de membranas corioamnióticas.

El uso de Misoprostol de modo indebido, tanto en las dosis como en las indicaciones recomendadas puede ser nocivo para la salud fetal y materna.

Sensibilidad cruzada: Los pacientes sensibles a otras prostaglandinas o a sus análogos pueden ser sensibles al misoprostol.

Teratogénesis: Se ha descrito la aparición de malformaciones congénitas en niños de madres que han ingerido misoprostol durante el primer trimestre del embarazo.

Embarazo y lactancia: El Misoprostol, a dosis elevadas, produce un incremento de anomalías congénitas en ratas y conejos, incluyendo anomalías en las extremidades superiores e inferiores y en el Sistema Nervioso Central y genitales, siendo el período de mayor sensibilidad entre el primer y segundo mes de embarazo. Se ha observado que el Misoprostol presenta un efecto embriotóxico en ratas y conejos y cualquier dosis que produzca un incremento sostenido del tono uterino puede poner en peligro el embrión o feto.

Se han descrito más de 35 tipos de anomalías en niños expuestos a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo, que se pueden categorizar por grupos anatómicos. Los defectos descritos con mayor frecuencia fueron los correspondientes a las extremidades inferiores y se presentaron en las cuatro quintas partes (82,6%, n=57) de total de los casos. Más de la mitad de los casos (55,1%, n=38) presentaron anomalías en el sistema nervioso central, mientras que dos quintas partes (40,6%, n=28) y una cuarta parte (27,5%, n=19) presentaron anomalías en las extremidades superiores y en el sistema esquelético, respectivamente. Dos quintas partes (40,6%, n=28) de los casos presentaron otras anomalías como defectos de los genitales, los ojos o el paladar.

Se han publicado también efectos que han sufrido niños de madres que ingirieron misoprostol en un intento fallido de provocar un aborto. Dentro de los efectos más comunes se encuentran el síndrome de Möbius (parálisis facial congénita) y defectos en las extremidades. Aún así, el riesgo absoluto de sufrir este síndrome es relativamente bajo entre las mujeres expuestas a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo.

Misoprostol se excreta en la leche materna, pero su concentración es insignificante a las 5 horas de su administración.

Uso en pediatría: El misoprostol por vía vaginal es de uso exclusivo en adultos. **No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia en mujeres menores de 18 años. No se dispone de datos.**

Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:

- El misoprostol puede potenciar el efecto de la oxitocina. La administración simultánea de oxitocina y otros medicamentos que estimulen las contracciones uterinas está contraindicada. En el caso de que, a juicio del médico, se estime preciso administrar misoprostol y oxitocina consecutivamente, debe monitorizarse cuidadosamente la actividad uterina de la paciente.

- Acenocumarol: Se ha observado una posible inhibición del efecto anticoagulante, cuando se utiliza concomitantemente con misoprostol.

- Anticídios: Los anticídios con magnesio podrían aumentar la frecuencia e intensidad de las diarreas asociadas al misoprostol.

- AINES: En varios estudios se ha registrado una posible potenciación de la toxicidad a nivel neurológico (fenilbutazona, naproxeno) y dolor abdominal o diarrea (diclofenac, indometacina).

- Laxantes: La administración de laxantes (junto con misoprostol) podría dar lugar a una intensa diarrea.

Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas
La influencia de misoprostol 200 microgramos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

REACCIONES ADVERSAS

Los efectos adversos de Misoprostol 200 son, en general, una prolongación de la acción farmacológica. Las reacciones adversas más graves que pueden presentarse son las siguientes: hipersensibilidad al fármaco, rotura uterina y paro cardíaco.

Las reacciones adversas más frecuentes son:

- Trastornos gastrointestinales: Náuseas, vómitos, fatiga, cefalea, fiebre y eventos relacionados: temblor, escalofríos, diarrea y dolor abdominal.
- Trastornos del sistema inmunológico: reacciones de hipersensibilidad
- Trastornos del sistema nervioso/psiquiátrico: mareo, confusión, somnolencia, síncope, cefalea, temblores, ansiedad, neurosis.
- Trastornos oculares: trastornos de la visión y conjuntivitis.
- Trastornos cardiovasculares: hipertensión, hipotensión, arritmia cardíaca, flebitis, edema, dolor pectoral, tromboembolismo.
- Trastornos vasculares: Flebitis, edema, tromboembolismo
- Trastornos respiratorios, bronquiales y mediastínicos: tos, disnea, bronquitis, neumonía, epistaxis.
- Trastornos dermatológicos/alérgicos: rash, erupciones exantémicas cutáneas, dermatitis, alopecia.
- Trastornos musculoesqueléticos: artalgia, mialgia, calambres y agarrotamientos musculares, dolor de espalda.
- Trastornos renales y urinarios: Se han descrito casos de poliuria y hematuria.

- Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales: contractilidad uterina anormal (aumento de la frecuencia, tono o duración) con o sin bradicardia fetal, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, amniocitis, embolismo pulmonar por líquido amniótico, hemorragia vaginal postparto. Se han comunicado dolor pelviano, retención de placenta, bradicardia fetal y muerte fetal y materna. (Ver "Precauciones y Advertencias"). El riesgo de ruptura uterina aumenta a mayor edad gestacional y con la presencia de cirugía uterina previa, incluyendo cesárea. La gran multiparidad parece ser también un factor de riesgo para ruptura uterina.

No se ha establecido el efecto de misoprostol sobre el crecimiento, desarrollo y maduración funcional posterior, cuando el misoprostol se usa para maduración del cuello o para inducción del trabajo de parto. No se posee información respecto al efecto del misoprostol sobre la necesidad del uso de parto forzado u otras intervenciones.

- Trastornos del aparato reproductor y de la mama: en raras ocasiones aparece dismenorrea y hemorragia vaginal.

- Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: hipertermia transitoria, escalofríos.

SOBREDOSIFICACION

Aún no se ha determinado la dosis tóxica del misoprostol utilizado por vía vaginal, en humanos, pero ha sido considerado que es una droga muy segura. Dosis de hasta 1600 µg han sido bien toleradas. La sobredosificación puede manifestarse con contracciones uterinas hipertónicas hipertermia, taquipnea, hipotensión, bradicardia, palpitaciones, convulsiones con escalofríos, agitación, dolor abdominal y vómitos.

En el caso de sobredosificación masiva, el tratamiento de apoyo será sintomático. No existe antídoto específico. Se procederá a las medidas habituales de eliminación y se instaurará un tratamiento sintomático. Se desconoce si el misoprostol puede ser eliminado por hemodilísis, pero teniendo en cuenta que su metabolismo genera un compuesto similar a los ácidos grasos, esto no parece muy probable.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/2247

Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/ 4658-7777.

CONSERVAR PREFERENTEMENTE ENTRE 15°C Y 30°C, PROTEGIDO DE LA LUZ Y LA HUMEDAD. MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE MANEJO DE RIESGOS. ANTE CUALQUIER CONSULTA, RECLAMO O NOTIFICACION DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS COMUNICARSE POR VÍA TELEFÓNICA AL 0800-333-6476 (MISOP), VÍA MAIL A LA DIRECCIÓN misop@labdominguez.com.ar, Ó AL DEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA DE LA ANMAT AL TELEFONO 4340-0866

PRESENTACION:

Envases conteniendo 4, 8 y 12 comprimidos ranurados vaginales en blísters conteniendo 4 comprimidos. **Venta bajo receta archivada.**

Envases conteniendo 20, 48 y 100 comprimidos ranurados vaginales en blísters conteniendo 4 comprimidos. **Uso Institucional y Hospitalario Exclusivo.**

Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.

Certificado N° 55.117

Directora Técnica: Farm. Sandra Carina Rismondo.

Fecha de última revisión: Octubre 2018



Medicamento libre de Gluten MAP 2289-1

LABORATORIO DOMINGUEZ S.A.
Av. La Plata 2552, (1437) Buenos Aires, Argentina

Anexo 5

Ministerio de Salud - Provincia de Santa Fe
MISOPROSTOLLIF - MISOPROSTOL 200 mcg
 Comprimido vaginal
 Comprimido disolución oral
Industria Argentina

lif LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO SE



EXPENDIO EN INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA - BAJO RECETA ARCHIVADA
DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA AL PÚBLICO
ESTE MEDICAMENTO DEBE SER PRESCRIPTO ÚNICAMENTE POR PROFESIONALES MÉDICOS.

FÓRMULA

Cada comprimido vaginal contiene:

Principio activo:

Misoprostol (como dispersión en HPMC al 1%)..... 200 µg

Excipientes: c.s.p

Cada comprimido de disolución oral contiene:

Principio activo:

Misoprostol (como dispersión en HPMC al 1%)..... 200 µg

Excipientes: c.s.p

Código ATC: G02AD06

ACCIÓN TERAPÉUTICA

Agente uterotónico y de maduración cervical, análogo sintético de la prostaglandina E1 (PGE1).

INDICACIONES

- Dilatación y preparación del cuello uterino en forma previa a procedimientos que requieran acceder a la cavidad uterina.
- Vaciamiento del contenido uterino en casos de aborto incompleto, aborto legalmente permitido, gestación anembrionada o detenida.
- Tratamiento de la hemorragia postparto.

ACCIÓN FARMACOLÓGICA

Propiedades farmacodinámicas

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1. La duración de la acción terapéutica es mayor y resiste mejor el metabolismo inmediato del efecto de primer paso que las prostaglandinas de síntesis natural. Induce la contracción de la musculatura uterina, actúa como agente dilatador de vasos sanguíneos y como ligero broncodilatador sobre la fibra muscular lisa bronquial. También actúa sobre el tracto gastrointestinal inhibiendo la secreción de ácido actuando directamente sobre las células parietales gástricas, disminuyendo la producción de pepsina, estimulando la secreción duodenal de bicarbonato y aumentando la producción gástrica de moco.

Las prostaglandinas más relevantes en ginecología y obstetricia son las pertenecientes a los grupos E y F. Al contrario de lo que ocurre con la oxitocina, cuyos receptores miometriales requieren fenómenos de inducción que sólo ocurren tardíamente en la gestación, los receptores de las prostaglandinas están presentes en todo tejido miometrial, tanto fuera de la gestación como en cualquier momento cronológico de la misma y esta circunstancia permite su uso a lo largo de todo el embarazo e incluso fuera de él. Mediante cambios en la estructura molecular que permiten bloquear su rápido metabolismo, se consiguen modificaciones significativas en su duración de acción, consiguiendo una elevada eficacia con concentraciones bajas y una disminución en los efectos adversos indeseables. El misoprostol, al igual que otras prostaglandinas, produce maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino disminuyendo la cantidad de fibras de colágeno y permitiendo que se intercale entre ellas una mayor cantidad de agua. Por otro lado, y de forma consecutiva, el misoprostol aumenta la frecuencia y la intensidad de las contracciones del músculo liso uterino de forma que las fibras se orientan en el sentido de la tensión ejercida sobre ellas, facilitando así la expulsión del contenido uterino.

Estas propiedades del misoprostol permiten su utilización en la maduración cervical previa a una histeroscopia u otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina en la inducción del parto, en la prevención o tratamiento de la hemorragia posparto o en la interrupción del embarazo, ya sea solo o en combinación con otros fármacos abortivos.

Propiedades farmacocinéticas

Absorción: La biodisponibilidad del misoprostol por vía vaginal, es tres veces mayor que por vía oral. Después de la administración vaginal, la concentración plasmática del misoprostol se eleva gradualmente, alcanzando el pico máximo entre 60 y 120 minutos, y declina lentamente llegando hasta el 61% del nivel máximo a los 240 minutos después de la administración.

Tabla 1. Perfil farmacocinética de la administración vaginal

Variable	Vaginal (n=10)
Cmax (pg/mL)	165 ± 86
Tmax (min)	80 ± 27
AUC 0-240 min	503,3 ± 296,7
AUC 0-360 min	956,7 ± 541,7

Pacientes con hepatopatías o insuficiencia renal de moderada a grave, deben ajustar las dosis de misoprostol ya que los valores de Cmax y AUC pueden llegar a ser casi el doble que en pacientes sanos. Por otro lado, existen estudios que aluden al hecho de que el pH vaginal puede modificar la farmacocinética del misoprostol, cuando éste es administrado por esta vía, ya que puede influir en el grado de absorción del mismo, aunque los resultados no son concluyentes.

La absorción de misoprostol es más rápida por vía bucal que por vía vaginal, lo que hace que las concentraciones sanguíneas sean más elevadas, pero con una menor duración del efecto farmacológico que cuando es administrado por vía vaginal.

Distribución: El ácido de misoprostol, principal metabolito activo de misoprostol, se une fuertemente a proteínas plasmáticas, con valores en torno al 80-90%. La unión del fármaco a proteínas plasmáticas es independiente de la concentración plasmática de misoprostol o de sus metabolitos, cuando se administra a dosis terapéuticas. Esto hace que su administración no se vea afectada con la edad del paciente o con la administración concomitante de otros fármacos que se unan fuertemente a proteínas plasmáticas.

Biotransformación: Una vez es absorbido, el misoprostol sufre un metabolismo hepático intenso y casi completo, dando lugar a metabolitos como su derivado desacetilado, que es el responsable de su actividad. Dicho metabolito ácido sufre un metabolismo adicional mediado por los sistemas oxidativos de los ácidos grasos (β y ω oxidación), y una posterior reducción del grupo cetona genera compuestos carentes de actividad.

El misoprostol no induce ni inhibe el sistema enzimático oxidativo del Citocromo P450, por lo que no produce interacciones con medicamentos como teofilina, warfarina, benzodiazepinas y otros medicamentos que utilizan esta misma vía de metabolismo.

Eliminación: El misoprostol se elimina fundamentalmente por metabolismo, y posterior excreción en orina (73%), apareciendo en ésta en forma de metabolitos fundamentalmente, con menos del 1% en forma inalterada. Se han encontrado pequeñas cantidades en heces (15%), probablemente por eliminación biliar.

Datos preclínicos sobre seguridad

El misoprostol a dosis elevadas, produce un incremento de anomalías congénitas en ratas y conejos, incluyendo anomalías en las extremidades superiores e inferiores y en el sistema nervioso central, siendo el periodo de mayor sensibilidad entre el primer y el segundo mes del embarazo. Se ha observado que el misoprostol presenta un efecto embriotóxico en ratas y conejos y cualquier dosis que produzca un incremento sostenido del tono uterino puede poner en peligro el embrión o feto.

En animales, los efectos tóxicos agudos de misoprostol son similares a los descritos para otras prostaglandinas: relajación del músculo liso, dificultad respiratoria y depresión del sistema nervioso central. Según ensayos realizados en animales los signos clínicos que pueden indicar una sobredosis de misoprostol son: diarrea y una disminución en la actividad motora en roedores; y emesis, convulsiones, midriasis y diarrea en perros. No existen diferencias significativas en los valores de DL50 con respecto a distintos sexos y vías de administración; y tampoco se evidencian cambios notables en los signos clínicos tóxicos con respecto al sexo, tipo de especie animal ni vía de administración.

No se ha determinado la dosis tóxica del misoprostol en humanos.

Durante un estudio toxicológico a largo plazo realizado con misoprostol en perros, ratas y ratones, se observó un aumento reversible en el número de células (hiperplasia) epiteliales gástricas superficiales. También se obtuvo una respuesta evidente de toxicidad a largo plazo en un estudio realizado con ratones hembras cuando se les administró de 100 a 1000 veces la dosis eficaz humana, sufriendo hiperostosis (hipertrofia de huesos), principalmente en la médula del esternón. Sin embargo, no ocurrió lo mismo en estudios a largo plazo realizados en perros y ratas y tampoco se ha visto este signo en los seres humanos tratados con misoprostol.

Varios estudios *in vitro* demuestran que el misoprostol carece de poder mutagénico. También se han realizado estudios de carcinogenicidad en ratas y en ratones, a los cuales se les administraron dosis de 24, 240 y 2400 microgramos/Kg/día durante 104-106 semanas en ratas, y dosis de 160, 1600 y 16000 microgramos/Kg/día durante 91-94 semanas en ratones. Tras observar los resultados, se puede decir que el misoprostol no causa ni aumenta la frecuencia de la aparición de tumores y que el aumento del número de células epiteliales gástricas es el mayor cambio morfológico encontrado tras el tratamiento prolongado con misoprostol, siendo esta hiperplasia reversible en cuanto se cesa la administración del mismo.

Estudios de carcinogenicidad a largo plazo realizados en ratones administrándoles dosis de hasta 2400 microgramos/Kg/día durante dos años, demuestran que el misoprostol no es carcinogénico. Se han descrito más de 35 tipos de anomalías en niños expuestos a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo, que se pueden categorizar por grupos anatómicos. Los defectos descritos con mayor frecuencia fueron los correspondientes a las extremidades inferiores y se presentaron en las cuatro quintas partes (82,6%, n=57) del total de los casos. Más de la mitad de los casos (55,1%, n=38) presentaron anomalías en el sistema nervioso central, mientras que dos quintas partes (40,6%, n=28) y una cuarta parte (27,5%, n=19) presentaron anomalías en las extremidades superiores y en el sistema esquelético, respectivamente. Dos quintas partes (40,6%, n=28) de los casos presentaron otras anomalías como defectos de los genitales, los ojos o el paladar.

Se han publicado también efectos que han sufrido niños de madres que ingirieron misoprostol en un intento fallido de provocar un aborto. Dentro de los efectos más comunes se encuentran el síndrome de Moebius (parálisis facial congénita) y defectos en las extremidades. Aun así, el riesgo absoluto de sufrir este síndrome es relativamente bajo entre las mujeres expuestas a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, no se debe olvidar que debido a las indicaciones de este producto, los efectos teratogénicos anteriormente descritos, tendrán poca relevancia en estos casos.

POSOLOGÍA:

Este medicamento debe ser utilizado por indicación médica y supervisión por personal de salud entrenado.

La dosis debe ser adaptada a la respuesta de la paciente y deberá mantenerse siempre a los niveles más bajos que produzcan una respuesta uterina satisfactoria.

La posología recomendada varía de acuerdo con la indicación.

Interrupción del embarazo edad gestacional menor a 13 semanas 4 comprimidos de 200 mcg (800 mcg) vía vaginal o bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis).

La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta a medida que la edad gestacional es mayor, la dosis a utilizar depende de la edad gestacional.

La vía bucal se recomienda para situaciones donde se desean niveles plasmáticos más elevados en sangre y en un lapso de tiempo menor.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Para vía de administración vaginal, se deben seguir las siguientes recomendaciones de uso:

- Lavar cuidadosamente las manos.
- Extraer el comprimido vaginal del blíster.
- Recostarse sobre la espalda con las rodillas tocando el pecho.
- Con la punta del dedo medio, se debe insertar el comprimido vaginal en la vagina lo más profundamente posible sin que cause malestar.
- Es conveniente mantener la posición recostada durante al menos una hora para facilitar la retención vaginal de los comprimidos.

Para vía de administración bucal el comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal. El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos.

Cuando se inicia el tratamiento por una vía de administración debe continuarse utilizando esa misma vía para lograr la eficacia deseada. Del mismo modo, no existe ninguna evidencia del uso de dos vías de administración simultáneas y se desaconseja fuertemente su utilización de esta forma.

Población pediátrica

No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia en mujeres menores de 18 años. No se dispone de datos.

CONTRAINDICACIONES

- Antecedentes de hipersensibilidad al misoprostol, a las prostaglandinas o a cualquiera de los excipientes de los comprimidos.
- Embarazo ectópico confirmado o sospecha de embarazo ectópico.
- Masas anexiales no diagnosticadas.
- Disfunciones hepáticas severas, dado que el misoprostol se metaboliza principalmente en el hígado.
- Personas embarazadas que desean continuar con la gestación.
- Pacientes con coagulopatías o tratamiento en curso con fármacos anticoagulantes.

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS:

- Misoprostol 200 microgramos, al igual que otros agentes uterotónicos potentes, deberá ser utilizado siguiendo una estricta observación de la dosis y régimen recomendados. El personal médico que prescriba o indique está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un razonamiento médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos. Además, su utilización debe realizarse en ámbitos que se consideren seguros según criterio médico.
- Se requiere precaución y la interconsulta con un especialista en el caso de quienes usan corticosteroides a largo plazo, tienen trastornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatías, enfermedad o factores de riesgo cardiovascular.
- En ausencia de estudios específicos, no se recomienda el uso de Misoprostol en pacientes con:
 - Insuficiencia renal.
 - Insuficiencia hepática.
 - Desnutrición y anemia.
- Deberá ser administrado con precaución en pacientes con:
 - Epilepsia o antecedentes de epilepsia. Las prostaglandinas y sus análogos pueden producir convulsiones epilépticas cuando se administran por vías diferentes a la oral.
 - Enfermedad renal y/o hepática: En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática moderada o grave, se ha observado un aumento del AUC, C_{max} y t_{1/2}, por lo que en caso de ser utilizado en estos pacientes será necesario un reajuste posológico, aunque inicialmente se recomienda no utilizarlo.
 - Enfermedad cardiovascular.
 - Hipotensión: El misoprostol podría inducir la aparición de hipotensión arterial por el efecto vasodilatador periférico de las prostaglandinas.
 - Historia de cesárea o cirugía de la pared uterina.
 - Cuando se tenga colocado un DIU, se recomienda realizar su extracción antes de la administración de misoprostol.

Ante la eventualidad de una hemorragia, debe prestarse especial atención a las pacientes con trastornos hemostáticos acompañados de hipocoagulabilidad o con anemia.

Se ha descrito un mayor riesgo de coagulación intravascular diseminada posparto en quienes se ha inducido el parto mediante un método farmacológico.

Debe tenerse precaución al administrar comprimidos vaginales a pacientes con ruptura de membranas corioamnióticas.

El uso de Misoprostol 200 microgramos de modo indebido, por fuera de las dosis e indicaciones recomendadas, puede ser nocivo para la salud.

Sensibilidad cruzada: Los pacientes sensibles a otras prostaglandinas o a sus análogos pueden ser sensibles al misoprostol.

Teratogénesis: Se ha descrito la aparición de malformaciones congénitas ante la exposición intrauterina al misoprostol.

Embarazo y lactancia: El Misoprostol, a dosis elevadas, produce un incremento de anomalías congénitas en ratas y conejos, incluyendo anomalías en las extremidades superiores e inferiores y en el Sistema Nervioso Central y genitales, siendo el período de mayor sensibilidad entre el primer y segundo mes de embarazo. Se ha observado que el Misoprostol presenta un efecto embriotóxico en ratas y conejos y cualquier dosis que produzca un incremento sostenido del tono uterino puede poner en peligro el embrión o feto.

Se han descrito más de 35 tipos de anomalías en niños expuestos a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo, que se pueden categorizar por grupos anatómicos. Los defectos descritos con mayor frecuencia fueron los correspondientes a las extremidades inferiores y se presentaron en las cuatro quintas partes (82,6%, n=57) de total de los casos. Más de la mitad de los casos (55,1%, n=38) presentaron anomalías en el sistema nervioso central, mientras que dos quintas partes (40,6%, n=28) y una cuarta parte (27,5%, n=19) presentaron anomalías en las extremidades superiores y en el sistema esquelético, respectivamente. Dos quintas partes (40,6%, n=28) de los casos presentaron otras anomalías como defectos de los genitales, los ojos o el paladar.

Se han publicado también efectos que han sufrido niños de madres que ingirieron misoprostol en un intento fallido de provocar un aborto. Dentro de los efectos más comunes se encuentran el síndrome de Möbius (parálisis facial congénita) y defectos en las extremidades. Aún así, el riesgo absoluto de sufrir este síndrome es relativamente bajo entre las mujeres expuestas a misoprostol durante el primer trimestre del embarazo.

Misoprostol se excreta en la leche materna, pero su concentración es insignificante a las 5 horas de su administración. Para quienes se encuentran amamantando, se recomienda desechar la leche materna durante las primeras horas después de la administración de misoprostol.

Uso en pediatría: No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia en mujeres menores de 18 años. No se dispone de datos.

Interacción con otros medicamentos y otras formas de Interacción:

- El misoprostol puede potenciar el efecto de la oxitocina. La administración simultánea de oxitocina y otros medicamentos que estimulen las contracciones uterinas está contraindicada. En el caso de que, a juicio del médico, se estime preciso administrar misoprostol y oxitocina consecutivamente, debe monitorizarse cuidadosamente la actividad uterina.
- Acenocumarol: Se ha observado una posible inhibición del efecto anticoagulante, cuando se utiliza concomitantemente con misoprostol.
- Antiácidos: Los antiácidos con magnesio podrían aumentar la frecuencia e intensidad de las diarreas asociadas al misoprostol.
- AINES: En varios estudios se ha registrado una posible potenciación de la toxicidad a nivel neurológico (fenilbutazona, naproxeno) y dolor abdominal o diarrea (diclofenac, indometacina).
- Laxantes: La administración de laxantes junto con misoprostol podría dar lugar a una intensa diarrea.

Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de misoprostol 200 microgramos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

REACCIONES ADVERSAS

Los efectos adversos de Misoprostol son, en general, una prolongación de la acción farmacológica. Las reacciones adversas más graves que pueden presentarse son las siguientes: hipersensibilidad al fármaco, rotura uterina y paro cardíaco.

Las reacciones adversas más frecuentes son:

- Trastornos gastrointestinales: Náuseas, vómitos, fatiga, cefalea, fiebre y eventos relacionados: (temblor, escalofríos), diarrea y dolor abdominal. Algunos de los siguientes efectos adversos han sido descritos de forma ocasional:
- Trastornos del sistema inmunológico: reacciones de hipersensibilidad
- Trastornos del sistema nervioso/psiquiátrico: mareo, confusión, somnolencia, síncope, cefalea, temblores, ansiedad, neurosis.
- Trastornos oculares: trastornos de la visión y conjuntivitis.
- Trastornos cardiovasculares: hipertensión, hipotensión, arritmia cardíaca, flebitis, edema, dolor pectoral, tromboembolismo.
- Trastornos vasculares: Flebitis, edema, tromboembolismo.
- Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: tos, disnea, bronquitis, neumonía, epistaxis.
- Trastornos dermatológicos/alérgicos: rash, erupciones exantémicas cutáneas, dermatitis, alopecia.
- Trastornos musculoesqueléticos: artralgia, mialgia, calambres y agarrotamientos musculares, dolor de espalda.
- Trastornos renales y urinarios: Se han descrito casos de poliuria y hematuria.
- Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales: contractilidad uterina anormal (aumento de la frecuencia, tono o duración) con o sin bradicardia fetal, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, amnionitis, embolismo pulmonar por líquido amniótico, hemorragia vaginal posparto. Se han comunicado dolor pélvico, retención de placenta, bradicardia fetal y muerte fetal y materna. (Ver "Precauciones y Advertencias") El riesgo de ruptura uterina aumenta a mayor edad gestacional y con la presencia de cirugía uterina previa, incluyendo cesárea. La gran multiparidad parece ser también un factor de riesgo para ruptura uterina.

No se ha establecido el efecto de misoprostol sobre el crecimiento, desarrollo y maduración funcional posterior, cuando el misoprostol se usa para maduración del cuello o para inducción del trabajo de parto. No se posee información respecto al efecto del misoprostol sobre la necesidad del uso de parto forzoso u otras intervenciones.

- Trastornos del aparato reproductor y de la mama: en raras ocasiones aparece dismenorrea y hemorragia vaginal.
- Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: hipertermia transitoria, escalofríos.

SOBREDOSIFICACIÓN

Aún no se ha determinado la dosis tóxica del misoprostol utilizado por vía vaginal, en humanos, pero ha sido considerado que es una droga muy segura. Dosis de hasta 1600 µg han sido bien toleradas. La sobredosificación puede manifestarse con contracciones uterinas hipertónicas, hipertermia, taquipnea, hipotensión, bradicardia, palpitaciones, convulsiones con escalofríos, agitación, dolor abdominal y emesis.

En el caso de sobredosificación masiva, el tratamiento de apoyo será sintomático. No existe antídoto específico. Se procederá a las medidas habituales de eliminación y se instaurará un tratamiento sintomático. Se desconoce si el misoprostol puede ser eliminado por hemodiálisis, pero teniendo en cuenta que su metabolismo genera un compuesto similar a los ácidos grasos, esto no parece muy probable.

Ante la eventualidad de una sobredosificación, comunicarse con los Centros de Toxicología:

Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666/ 2247

Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648/ 4658-7777.

CONSERVAR PREFERENTEMENTE ENTRE 15°C Y 30°C, PROTEGIDO DE LA LUZ Y LA HUMEDAD. MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO SE ENCUENTRA BAJO UN PLAN DE MANEJO DE RIESGOS. ANTE CUALQUIER CONSULTA, RECLAMO O NOTIFICACIÓN DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS COMUNICARSE POR VÍA TELEFÓNICA 0342-4827360, VÍA EMAIL A LA DIRECCIÓN farmacovigilancia.jlf@santafe.gov.ar O AL PROGRAMA PROVINCIAL DE FARMACOVIGILANCIA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE POR VÍA TELEFÓNICA 0342-4573710/13 O VÍA EMAIL A LA DIRECCIÓN farmacovigilancia_dbyfcia@santafe.gov.ar

PRESENTACION:

Envases conteniendo blister de 4 comprimidos vaginales.

Envases conteniendo blister de 4 comprimidos de disolución oral.

Expendio en Instituciones de Salud Pública. Bajo receta archivada.

LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACEUTICO S.E.

French 4950 - Pcia. de Santa Fe C.P.3000

Tel./Fax: 0342 4579233/31

Dirección Técnica: Farm. María Cecilia Selis - Matrícula Nacional N°: 12.024

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Resoluciones Provinciales N°1726/17 y 1565/19