

RUTH ZURBRIGGEN - NAYLA VACAREZZA - GRACIELA ALONSO  
BELÉN GROSSO - MARÍA TRPIN

# EL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO

*Una investigación  
socorrista feminista*



Ediciones La Parte *Maldita*

**EL ABORTO CON MEDICAMENTOS  
EN EL SEGUNDO TRIMESTRE  
DE EMBARAZO**

Una investigación socorrista feminista

Ruth Zurbriggen  
Nayla Vacarezza  
Graciela Alonso  
Belén Grosso  
María Trpin

Ediciones La Parte *Maldita*

El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo : una investigación socorrista feminista / Ruth Zurbriggen... [et al.].

1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La Parte Maldita, 2018.  
212 p.; 20 x 14 cm.

ISBN 978-987-3897-23-8

1. Aborto. 2. Aborto Clandestino. 3. Feminismo. I. Zurbriggen, Ruth  
CDD 304.667

Corrección de estilo: Florencia Lobo

Ilustraciones: Sofía Menoyo

Diseño: Valeria Jelinski

Esta publicación cuenta con el apoyo de:



El libro se elaboró con el apoyo de la Oficina Regional Cono Sur de la Fundación Heinrich Böll. El contenido es de exclusiva responsabilidad de la Colectiva Feminista La Revuelta.

©2018, Ruth Zurbriggen [et al.]

©2018, Ediciones La Parte Maldita.

Bolivia 269, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Queda hecho el depósito que indica la Ley 11.723

Ediciones La Parte Maldita es un sello de **OFICIOS TERRESTRES**  
SERVICIOS EDITORIALES

[www.edlapartemaldita.com.ar](http://www.edlapartemaldita.com.ar)

[edlapartemaldita@gmail.com](mailto:edlapartemaldita@gmail.com)

1° edición, agosto 2018

*Las autoras de este libro reconocemos que el aborto no es una experiencia que solo atañe a las mujeres. La capacidad de gestar y por ende de abortar también involucra a otras corporalidades y formas de vivir el género. Esta investigación refiere en particular a mujeres, dado que con ellas produjimos situadamente estas reflexiones, a partir de sus experiencias de abortar.*

**EL ABORTO CON MEDICAMENTOS  
EN EL SEGUNDO TRIMESTRE  
DE EMBARAZO**

Una investigación socorrista feminista



## **Índice**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Prólogo</b> , por Marta Dillon.....   | <b>9</b>  |
| <b>Introducción</b> .....  | <b>15</b> |
| <b>Capítulo 1. Coordinadas para investigar el aborto en segundo trimestre de embarazo</b> .....    | <b>21</b> |
| 1.1. Situación del aborto a nivel regional y local.....  | 23        |
| 1.2. Surgimiento y propósitos de la investigación.....   | 32        |
| 1.3. Feminismo de acción directa e invención colectiva<br>Socorro Rosa y Socorristas en Red.....   | 37        |
| <b>Capítulo 2. La decisión de abortar en el segundo trimestre de embarazo</b> .....                | <b>47</b> |
| 2.1. Vida sexual: placeres, olvidos, fallas y violencias....                                       | 51        |
| 2.2. “Yo me enteré tarde” .....  | 56        |
| 2.3. “Nunca tuve ningún tipo de dudas”. Cuando la<br>decisión de abortar es firme e inmediata..... | 59        |
| 2.4. “Quería y a la vez no quería”. Vacilaciones, contra-<br>dicciones y demoras.....              | 64        |
| 2.5. Violencia machista y violencia sexual.....  | 67        |
| 2.6. Una carrera de obstáculos contra el tiempo.....   | 71        |
| 2.7. Las socorristas y el alivio de encontrar una solución.  | 76        |

### **Capítulo 3. Qué ofrece el socorrismo a quienes necesitan abortar en el segundo trimestre de embarazo.. 79**

- 3.1. Primer momento. La llamada telefónica..... 83
- 3.2. Segundo momento. El encuentro grupal cara a cara.. 84
- 3.3. Tercer momento. Durante el proceso de aborto ... 94
- 3.4. Cuarto momento. Los controles médicos post-aborto ..... 100
- 3.5. Profesionales “amigables” y vínculos con el sistema de salud..... 102
- 3.6. Redes que acompañan..... 106
- 3.7. “Te cuidan un montón”, “Esto no es clandestino”... 109

### **Capítulo 4. Qué ofrece el sistema de salud ante los abortos en segundo trimestre de embarazo..... 113**

- 4.1. Malos tratos, desmoralización y desamparo..... 116
- 4.2. Sobre los tensos apoyos a la decisión de abortar ... 120
- 4.3. Estrategias socorristas y mujeres preparadas..... 126
- 4.4. Lo que las mujeres quieren..... 129

### **Capítulo 5. Lo singular del aborto en segundo trimestre de embarazo..... 133**

- 5.1. La expulsión. En la casa o en el hospital..... 136
- 5.2. Lo visto, lo decible y lo indecible de la expulsión.. 141

### **Capítulo 6. Aprender del aborto en segundo trimestre de embarazo..... 149**

- 6.1. Los límites del sistema de salud..... 152
- 6.2. Los límites móviles del socorrismo..... 154
- 6.3. Aprender sobre la medicación..... 159

|   |     |
|---|-----|
| <b>Principales hallazgos y propuestas.....</b>          | 163 |
| Experiencias de las mujeres.....                        | 166 |
| Aprendizajes de las socorristas.....                    | 171 |
| Información valiosa para ámbitos políticos y de salud.. | 175 |
| <b>Bibliografía.....</b>                                | 177 |
| <b>Anexo.....</b>                                       | 189 |
| Las entrevistadas.....                                  | 191 |
| <b>Las autoras.....</b>                                 | 205 |





## Prólogo

Marta Dillon<sup>1</sup>

El texto que sigue es una investigación, sus conclusiones son el final de un camino trazado con métodos científicos; los datos que produce podrán ser consultados más adelante en la línea de tiempo o en este mismo año —2018— en que el derecho al aborto está siendo debatido en ámbitos legislativos pero sobre todo se demanda en las calles, en las plazas y en la televisión abierta, en ese horario de la tarde dedicado —según los usos y costumbres de la programación— a las señoras del pueblo. Sin embargo, lo que queda cuando se llega al final es una sensación, tiene la temperatura de las emociones necesarias, las que consuelan, las que abrazan, las que envuelven los afectos. Lo que queda después de leer el texto que sigue es la constatación del valor de las manos tendidas para tomar otras, más frágiles. Es darle relieve a una palabra que se repite por fuerza de la marea feminista que en los últimos años desborda los límites conocidos: sororidad. Ese vocablo inventado para contrarrestar el imaginario de la fraternidad masculina que pone el cuerpo para el golpe porque no se anima a la caricia lisa y llana ni siquiera cuando se abrazan, adquiere sentidos nítidos, sonidos propios, consistencia; la misma consistencia del cuerpo, con lo que se deja ver y lo que se guarda en la intimidad. Lo que queda al final de las entrevistas en profundidad, la tarea grupal, el desglose de los testimonios, es el poder de estar para nosotras; un nosotras dicho en femenino

---

<sup>1</sup> Periodista, lesbiana feminista, integrante del Colectivo Ni Una Menos.

con la complejidad que implica esa primera persona del plural. Estar para nosotras a la hora de decidir sobre el propio cuerpo, sobre la vida entera, sobre lo que podría ser, pero no es cuando se trata de la confiscación de los días por venir, de los años por venir, de la vida entera. Estar para nosotras a la hora de abortar, pero además, ponerse a disposición para que después de las palabras de quien necesita ayuda se la pueda ofrecer sin juicio, sin penalidades, sin más distancia que la que impone el miedo, ese que las que ofrecen acompañamiento conocen porque lo han transitado tantas veces que ya están seguras del camino que se enfrenta. Porque estos abortos no son cualquier aborto. Son los que se rechazan en el hospital, incluso en los consultorios amigables. Son los que no se decidieron a tiempo porque las variables son muchas, porque incluso la ilegalidad de la práctica trae como germen la negación del embarazo, porque no todos los ciclos son regulares, porque la violencia machista restringe las decisiones libres, porque tal vez se pensó que no había derecho; por la razón que fuere, estos son abortos distintos. Son los que actualizan el fantasma fascista de las locas matando la simiente que les pertenece (a ellos). Son los que dan cuenta de que el poder está del lado de los cuerpos que gestan porque cuando se toma la decisión de abortar no hay más dudas, ese deseo lo ocupa todo; esa necesidad de liberar los días a futuro, de seguir siendo quien se es, con más o menos ventajas, con otros hijos o hijas, como sea, sin que el embarazo prospere en otro ser a quien cuidar o de quien hacerse cargo, aun para no ser su madre, cuando esa necesidad es clara va a buscar su cauce como agua de inundación, aunque tenga que arrasarlo. El deseo de abortar, aun en el segundo trimestre como es el caso de la investigación que sigue a continuación, es como el deseo de libertad: no se cuestiona, se busca. Se busca.

Y ahí están ellas, dispuestas a brindar información, a contener emocionalmente y a construir un espacio seguro para que las mujeres afirmen su decisión de abortar. Socorristas que escuchan

las voces de las mujeres y que a la vez se sostienen entre sí, lo que hacen para otras no es ajeno al territorio de su cuerpo, lo que aprenden en la tarea de acompañar legítima para todas la práctica de abortar aun cuando no sea al momento siguiente del accidente contraceptivo.

Lo que hacen, en sus palabras, es abrir una puerta para alguien que creía que estaba encerrada entre cuatro paredes; es, desde el primer encuentro, dar la mano para avistar esa libertad que puede ser tomada, que tiene que ser tomada porque no es posible darla completamente.

Hay que decidir.

Hay que poner el cuerpo.

Las socorristas muestran la puerta, la abren, pasan por ella también, la experiencia las transforma y los saberes que acumulan se sistematizan. Pero son las que abortan las que lidiarán con los fluidos, los espasmos, los restos; acompañadas, sí, pero irremplazables en el proceso. Se puede escuchar, aconsejar una forma de alivio, ofrecer lo aprendido para dar seguridad, pero no hay manera de ponerse completamente en el lugar de la otra, y de eso hablan las que se reunieron a reflexionar sobre su tarea como socorristas en abortos de segundo trimestre. Porque sentirse impotente frente al dolor es posible, porque el dolor pasa —siempre— y porque si acompañan a mujeres a abortar es porque hay una organización que las sostiene. Como relatan en los grupos de trabajo donde pusieron en común sus experiencias, cada socorrista se siente segura en la red y en el modo que encontraron en común para el abordaje: los encuentros presenciales, la habilitación de la palabra, la información clara y segura, los lazos que se tejen con el sistema de salud —o con algunos y algunas de quienes brindan cuidados médicos, profesionales que tienen que responder cara a cara la demanda ética de las mujeres que abortan—, el teléfono encendido y muy cerca durante todo el tiempo que dure el acompañamiento. La manera de organizarse es un diseño para la red y la red es extensa y da cobijo,

una estructura de brazos tendidos y saberes que se construyen y se hacen sólidos a medida que se aprende de las mujeres que abortan. Compartir saberes, volver a la ética del caldero donde se ponen en común olores, sabores, memorias, abrigo; no hay una ilustración exclusiva, hay un ir construyendo algo que se puede decir en voz alta porque habita en bocas de todas, porque es dicho por la experiencia.

“Más segura, yo salí más segura, y más segura con mi decisión y más segura con lo que iba a hacer también, porque fue como que dije no, o sea, como que tenía mucha garantía, esto te funciona y si no te funciona esto hay algo más, no es que no te funciona esto y nos lavamos las manos y nunca más (...) Yo creo que salí más segura de lo que iba, a mí por lo menos me ayudó [se ríe]”. Así habla una de las entrevistadas en este trabajo y con esa risa entre corchetes da cuenta de lo mismo que dicen las socorristas: que encontrarse con una mujer que no sabe cómo abortar, que cree que es tarde o que no puede, que está asustada por la clandestinidad, por los discursos públicos o familiares, es un acto de resistencia. Un acto desobediente que afirma a las partes involucradas, que necesita del afecto que se pone en juego para dar seguridad y que de ninguna manera es complaciente. Porque si es posible entender los abortos como un acto de desobediencia al patriarcado y a las instituciones que lo sostienen, es necesario llamar a las cosas por su nombre: embarazo, aborto, feto; por mencionar algunas que están expresamente anotadas en el texto y que ahí mismo funcionan igual que en los encuentros preparatorios al momento de abortar: como válvulas de escape, de liberación, de alivio. Porque las que abortamos no necesitamos creer que hacemos otra cosa, necesitamos afirmarnos en el derecho y en el poder que tenemos para decidir sobre nuestros cuerpos.

Mientras este libro se imprime, el debate sobre el acceso al aborto legal, seguro y gratuito está siendo discutido en el Congreso. No es posible saber cuál será el resultado del debate que

se empujó desde la calle, desde las múltiples maneras en que las feministas vienen construyendo sentidos para recuperar la soberanía sobre sus cuerpos siendo amparadas por la salud pública en sus decisiones. El aborto en segundo trimestre apenas entra en el texto de la ley que se discute entre legisladores y legisladoras, pero aporta sentidos que van más allá de la victimización de las más vulnerables, las que pueden ser criminalizadas o que acuden a métodos no seguros para abortar. Pone en escena la decisión, la voluntad de las que abortan, desbarata los sentidos de lo correcto y lo incorrecto a la hora de decidir sobre el propio cuerpo, hace aparecer el modo en que gravita sobre las decisiones libres la penalización de una práctica a la que de todos modos se va a acudir contra el encierro de la maternidad forzada. Y abre de nuevo la escena de la necesidad que tenemos todas de contar con otra, de las redes de cuidado, de la experiencia compartida. Esa práctica en torno al caldero que no pudo eliminarse con la hoguera para las brujas, y que tampoco se conjura con una ley o con su ausencia, es saber y poder inherente a las mujeres.



## Introducción

Las mujeres ejercen un poder  
al que no tienen derecho;  
tienen el poder de infringir la ley.

Laura Klein

En el año 2016, la Colectiva Feminista La Revuelta, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Ibis Reproductive Health se unieron para desarrollar el estudio “Mujeres que abortan con medicación en segundo trimestre de gestación acompañadas por activistas feministas socorristas. Un estudio cualitativo para comprender estas experiencias”.<sup>1</sup> Formaron parte de este proyecto: Silvina Ramos y Caitlin Gerdts (investigadoras principales); Ruth Zurbriggen y Brianna Keefe-Oates (coinvestigadoras); Graciela Alonso, Belén Grosso, María Trpin y Nayla Vacarezza (equipo de investigación). Tanto el trabajo de campo como el análisis de los datos obtenidos y la elaboración de los resultados de la investigación que presentamos aquí fueron realizados por las autoras de este libro.

Mediante el proyecto de investigación nos propusimos avanzar en la construcción de conocimiento sobre un tema incómodo y controversial: los abortos con medicamentos en el segundo trimestre de gestación. Tanto las inquietudes iniciales como la

---

<sup>1</sup> Daniel Grossman y Silvina Ramos alentaron el desarrollo del proyecto a partir de conversaciones en un encuentro convocado por REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro en Argentina).



necesidad de sistematizar saberes sobre el tema surgieron de la práctica de brindar información y acompañar estos abortos por parte de activistas de la Colectiva Feminista La Revuelta, que forma parte de Socorristas en Red (feministas que abortamos).

De acuerdo a los datos sistematizados, solo desde 2014 hasta 2017, la red nacional de socorristas acompañó un total de 1866 abortos en segundo trimestre de gestación. Esa cantidad representa el 14,82% del total de los abortos acompañados por la red a nivel nacional. Estos acompañamientos evidencian, antes que nada, la existencia de una necesidad de las mujeres a la cual las socorristas están respondiendo con información confiable y acompañamiento en prácticas seguras.

Subyacen en el origen de este estudio, además, intencionalidades epistemológicas y pedagógicas. Nos preguntamos quiénes pueden tomar la palabra cuando se trata del aborto, cuáles son los límites de lo que puede ser estudiado con respecto a este tema y qué saberes pueden tener legitimidad para ser transmitidos. Por eso, este estudio buscó encontrarse con las voces de las mujeres que han pasado por la experiencia de abortar con medicamentos en el segundo trimestre de gestación y con las voces de socorristas feministas que acompañan estos abortos. Elegimos un tema tan delicado como urgente, y lo estudiamos desde una posición situada: todas somos activistas comprometidas con las luchas por el derecho al aborto. Creemos en el valor de la producción de conocimiento sistemático sobre estos temas y en los saberes que va construyendo el hacer socorrista en diálogo con las mujeres que abortan.

Para este proyecto de investigación, invitamos a reflexionar sobre su experiencia a veintitrés mujeres de cuatro regiones geográficas de la Argentina que abortaron en el segundo trimestre de gestación. Todas las participantes de este estudio llevaron adelante la práctica con medicamentos y fueron acompañadas por activistas feministas socorristas que forman parte de Socorristas en Red. Las mujeres entrevistadas compartieron su vivencia con

las entrevistadoras y una de ellas encontró en la conversación un efecto reparador que no había sido previsto por ella ni por nosotras: “Sí, está bueno decirlo y que quede, porque es como que te liberás de algo, está bien (...), es como que te sirve terminar el proceso así”.

También fueron interlocutoras en este estudio dieciséis activistas socorristas que acompañan abortos en segundo trimestre de gestación. Ellas participaron de dos grupos de discusión que permitieron elaborar colectivamente sentidos sobre esta práctica, reflexionar sobre las dificultades que enfrentan y reconocer las transformaciones que vienen provocando. Las activistas que participaron de este estudio pertenecen a once colectivas que forman parte de Socorristas en Red (feministas que abortamos).

Es importante aclarar que este estudio fue impulsado por la Colectiva Feminista La Revuelta y no por la totalidad de las colectivas que conforman Socorristas en Red. La Colectiva Feminista La Revuelta entabló, para el desarrollo de esta investigación, relaciones colaborativas con especialistas en la temática e incluyó como interlocutoras del estudio a varias colectivas y activistas de Socorristas en Red comprometidas con el acompañamiento del aborto en segundo trimestre. Esperamos que los resultados sean provechosos para el trabajo de la red nacional de socorristas y agradecemos la colaboración prestada para esta investigación por parte de quienes hoy forman parte de Socorro Hilando Córdoba, Las Rudas de Villa Mercedes, Socorro Rosa de San Luis, Consejería Pre y Post Aborto de La Matanza, Dora Te Escucha de Paraná, Consejería Pre y Post Aborto de la Asamblea de Villa Urquiza en Ciudad de Buenos Aires, La Mestiza de Ciudad de Buenos Aires; La Revuelta de Neuquén, Malona Rosa de Mendoza, Rosa Te Escucha de Morón y Socorro Rosa de la Comarca Andina.

El prólogo de Marta Dillon llegó a nosotras como un abrazo reconfortante y nos dio la asombrosa y vivificante posibilidad de volver a ver el camino recorrido con otros ojos. Agradecemos

los comentarios y generosos aportes que recibimos de Silvana Ramos y de Brianna Keefe-Oates mientras preparábamos este libro. Nuestro agradecimiento más especial es para cada una de las participantes de este estudio, por su generosa disposición a colaborar, por lo que aprendimos junto con ellas y por lo que afortunadamente seguimos ignorando. Sin sus palabras tan lúcidas como desafiantes este estudio no hubiera sido posible.

El trabajo de investigación nos enfrentó a numerosos retos. Uno de ellos estuvo vinculado con los niveles de implicación que tenemos con nuestras interlocutoras y con aquello que construimos como nuestro objeto de estudio. En particular, cuatro de nosotras (Graciela Alonso, Belén Grosso, María Trpin y Ruth Zurbriggen) somos activistas de la Colectiva Feminista La Revuelta y acompañamos en sus abortos a varias de las mujeres entrevistadas. Es evidente que nuestro compromiso vivencial y político con la práctica no es menor. Entonces, intentamos aquí construir conocimiento situado que no tiene pretensiones de neutralidad ni oculta su posicionamiento afectivo, ético y político con respecto al problema que estudia.

Un segundo desafío fue encontrar una manera honesta de narrar estos abortos y de poner a circular las palabras de las mujeres sobre los momentos más sobrecogedores de la experiencia. Quienes leen no encontrarán aquí la pulcra sangre azul de los anuncios de higiene menstrual y esto es, también, una decisión política. Hemos escrito el texto que sigue con el mayor cuidado y respeto, pero también con la convicción de que no sería justo eliminar todo lo que estos asuntos tienen de incómodo y de perturbador por ser procesos encarnados, en el más literal de los sentidos.

Por último, quizás el más transversal de los desafíos de este estudio fue conmover las agendas éticas y políticas de los reclamos por la legalización del aborto y de las normativas vigentes alcanzadas. El aborto en segundo trimestre continúa siendo una realidad social que permanece por fuera de lo decible, incluso

ahora que el debate sobre la legalización de esta práctica irrumpe con fuerzas renovadas en la esfera pública. La libre decisión que proclaman los movimientos por el derecho a abortar parece no ir más allá de las doce o catorce semanas de gestación, y pocos países a nivel mundial reconocen más semanas cuando de la voluntad y el deseo de quien gesta se trata. Sin embargo, esta es una realidad palpitante que afecta en especial a personas gestantes que desean interrumpir su embarazo y se encuentran en posiciones sociales y subjetivas de gran vulnerabilidad. Esta investigación muestra que quienes necesitan abortar en segundo trimestre son las mujeres que encuentran mayores dificultades para confirmar de forma temprana un embarazo y para acceder a un aborto en un contexto marcado por la clandestinidad. Las mujeres que sufren violencia machista y sexual por parte de sus parejas, las más jóvenes, las que viven en ámbitos rurales, las que tienen trabajos precarios, menores niveles de estudio y bajos ingresos son quienes más necesitan de estos abortos. Pero esto no debería hacernos pensar que se trata de un asunto restringido a ciertos grupos poblacionales claramente delimitados: cualquier persona con capacidad de gestar puede no detectar con rapidez un embarazo, o experimentar grandes miedos y contradicciones que dilaten la decisión de abortar, o vivir cambios inesperados en su vida que hagan inviable un embarazo deseado.

Quienes llevamos adelante esta investigación y quienes acompañamos a abortar en este tiempo gestacional ansiamos que este tema urgente y los hallazgos de esta investigación puedan reverberar en el activismo por el derecho al aborto, en el debate público actual y en el proceso parlamentario abierto para la conquista de este derecho. No podemos ofrecer respuestas finales, pero sí un camino abierto gracias a la reflexión crítica y a la búsqueda incesante de recursos que faciliten recorridos para quienes deciden abortar.

Neuquén, marzo de 2018



## Capítulo 1

### Coordenadas para investigar el aborto en segundo trimestre de embarazo

---





# Capítulo 1

## Coordenadas para investigar el aborto en segundo trimestre de embarazo

### Situación del aborto a nivel regional y local

A pesar los esfuerzos activistas y de las denuncias de organizaciones feministas, de mujeres y de derechos humanos, la situación del aborto en América Latina y el Caribe continúa siendo alarmante. Seis países poseen legislaciones que prohíben totalmente el aborto (El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Surinam y República Dominicana).<sup>2</sup> Un reciente informe del Guttmacher Institute (2017) estimó que más del 97% de las mujeres en edad reproductiva de la región viven en países donde el aborto está restringido por la ley.

En su informe más actual sobre políticas de aborto y salud reproductiva a nivel mundial, las Naciones Unidas aseguran que los países con leyes restrictivas al respecto tienen tasas más altas de aborto inseguro y también niveles más altos de muertes de gestantes (ONU, 2014). Por su parte, los datos más recientes de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a 2008,

---

<sup>2</sup> Al momento de escribirse este texto, se acaba de promulgar en Chile una ley que habilita el aborto en tres causales: peligro de vida para la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo por violación. Sobre el proyecto, véase, entre otros, Dides, Fernández y Peltier (2015). También puede consultarse: <[3causales.gob.cl/](http://3causales.gob.cl/)>. Sobre los cambios en las leyes de aborto de la región, véase Bergallo y Ramón Michel (2016).



aseguran que la región tiene las tasas más altas de aborto inseguro a nivel mundial y que ocurrieron 1100 muertes de gestantes por esta causa en la región durante ese año (OMS, 2011).

En América Latina, la interrupción del embarazo por petición de la mujer es legal solo en Uruguay, Ciudad de México, Cuba, Guyana, Guayana Francesa y Puerto Rico. El resto de los países de la región oscilan entre la penalización absoluta y la penalización con excepciones por causales. Las excepciones reconocidas en los códigos penales tienden a agruparse en tres categorías: cuando el embarazo es producto de una violación, cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer gestante y cuando el embarazo es incompatible con la vida extrauterina o el feto tiene malformaciones graves. Sin embargo, tanto en los países donde el aborto es legal como en los países donde se permite el aborto en estas causales, es sabido que son cotidianas las barreras de acceso a la práctica. Por acción u omisión, los derechos de las mujeres terminan siendo vulnerados y no existen consecuencias sancionatorias para quienes son responsables.

En un país permisivo como Uruguay, donde la despenalización ocurrida en 2012 redujo de manera significativa las cifras de muertes de gestantes, un estudio reciente auspiciado por la organización Mujer y Salud en Uruguay señala que existen numerosas trabas para el cumplimiento de la voluntad de las mujeres (Correa y Pecheny, 2016). En el otro extremo, reformas del Código Penal y de la Constitución de El Salvador en los años 1998 y 1999 eliminaron las causales de no punibilidad del aborto, lo que llevó a situaciones que afectan gravemente la libertad y la vida de las mujeres salvadoreñas, quienes llegan a enfrentar penas de treinta y cuarenta años de cárcel por complicaciones obstétricas o por abortos inducidos (Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugénico, 2013).

Tanto en El Salvador como en otros países donde el aborto está del todo prohibido y también en países donde rigen causa-

les de no punibilidad resulta preocupante la persecución penal de mujeres por aborto. No existen estudios sistemáticos a nivel regional referidos a la utilización de la ley penal para encarcelar a mujeres por abortar, pero tanto activistas como prestigiosas organizaciones de derechos humanos y de derechos sexuales y reproductivos han denunciado e intervenido en numerosos casos (Centro de Derechos Reproductivos, 2013; Ipas, 2015; Amnistía Internacional, 2016; Deza, 2016).

Además de las restricciones legales y de la persecución penal, existen otras barreras que impiden el acceso al aborto en una región donde, si bien se han producido avances, todavía persisten profundas deudas en lo referido a la salud sexual y reproductiva. La demanda insatisfecha de anticoncepción provoca una alta proporción de embarazos que las mujeres no desean continuar e interrumpen en condiciones inseguras porque los sistemas de salud presentan fuertes restricciones económicas e ideológicas para la provisión de abortos. La falta de protocolos específicos y de profesionales entrenados/as y dispuestos/as a proveer la práctica, junto con las actitudes restrictivas y el estigma, han sido señalados como barreras de acceso (Kulczycki, 2011). A pesar de que los métodos medicamentosos proveen una alternativa segura para el aborto, se ha registrado que el precio de los medicamentos sube, que los/as profesionales de la salud no saben indicar su uso correctamente y que existen numerosas barreras para su circulación y comercialización (Dzuba, Winikoff y Peña, 2013).

En este paisaje social poco auspicioso, destacamos el enorme esfuerzo que hacen una importante cantidad de organizaciones y profesionales comprometidos con los derechos de las mujeres para desarrollar múltiples estrategias de incidencia política y de producción de conocimiento fiable sobre el tema.<sup>3</sup> Asimismo, las

---

<sup>3</sup> Un exhaustivo estado del arte de la investigación sobre aborto en la región puede encontrarse en *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (Ramos, 2015).

dos últimas décadas se han caracterizado por un sinnúmero de acciones de profesionales, activistas, organizaciones y redes feministas y de mujeres orientadas a la puesta en marcha de servicios específicos y de políticas públicas que permitan el acceso al aborto seguro. Entre ellas, cabe mencionar a las líneas de teléfonos que dan información sobre usos seguros de medicamentos para abortar (Drovetta, 2015); a los centros de salud comunitaria que brindan información; a las redes de profesionales y trabajadoras/es de la salud que garantizan acceso a abortos legales;<sup>4</sup> a las consejerías de reducción de riesgos y daños en el sistema de salud y a las redes feministas de información y acompañamiento.

Cada vez más, el derecho internacional de los derechos humanos respalda el reclamo de la legalización y despenalización del aborto (Human Rights Watch, 2005; Centro de Derechos Reproductivos, 2010). Se ha demostrado que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo resulta fundamental para el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres como el derecho a la salud, a la vida, a la igualdad, a la seguridad personal, a la libertad, a la privacidad y a la información, entre otros. El informe de Juan E. Méndez, relator especial en la Asamblea de la Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, fue contundente al expresar en 2013 que:

denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en esas situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos. Los Estados tienen la obligación afirmativa de reformar las leyes restrictivas sobre el aborto que perpetúan

---

<sup>4</sup> Especialmente destacamos el trabajo de REDAAS, Red de Acceso al Aborto Seguro de Argentina. Véase <[www.redaas.org.ar](http://www.redaas.org.ar)>. También, la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en Argentina cumple un rol fundamental en este sentido.

la tortura y los malos tratos al negar a las mujeres el acceso al aborto y la asistencia en condiciones de seguridad.<sup>5</sup>

En la Argentina, el aborto está legalmente restringido por el Código Penal, que lo tipifica como parte de los delitos contra las personas y contra la vida, y sanciona con prisión a quien lo efectúe y a la mujer que se lo cause o lo consienta. Sin embargo, en su artículo 86, el Código Penal admite dos excepciones que habilitan el acceso a un aborto no punible: cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer y ese riesgo no puede evitarse por otros medios, o “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”.

De modo que el aborto, en general, es considerado un crimen, aunque se contemplan excepciones sobre las que numerosas especialistas han discutido (Maffia, 2006; Bergallo y Ramón Michel, 2009; Zamberlin, 2011; y otras). Durante décadas, las interpretaciones restrictivas sobre las causales de no punibilidad del aborto en el Código Penal llevaron a situaciones de extrema injusticia que se hicieron conocidas públicamente en los últimos años, en gran parte gracias a los esfuerzos de activistas y comunicadoras comprometidas con reclamos de justicia (Carbajal, 2009).

En el año 2012, la Corte Suprema de la Nación, a través del fallo “E.A.L s/medida autosatisfactiva”, precisó el alcance de los abortos no punibles, al establecer que son legales las interrupciones de embarazos provenientes de toda clase de violación o que afecten a la salud de la gestante. En un fallo de avanzada, la Corte estableció que los casos de aborto no punible por violación no están supeditados a la denuncia policial ni judicial y exhortó a los gobiernos a implementar protocolos para su atención. A través de esta sentencia, la Corte dictaminó que las mujeres tienen

---

<sup>5</sup> Disponible en <[www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf)>.

derecho al aborto en los casos previstos por el artículo 86 del Código Penal, es decir, en caso de peligro para la vida, peligro para la salud o en caso de violación. Asimismo, la Corte instó a los poderes del Estado a garantizar ese derecho y alentó a lecturas no restrictivas de lo establecido por el Código Penal, en consonancia con la Constitución nacional y los tratados internacionales de derechos humanos.<sup>6</sup>

La sentencia no generó un cambio inmediato en la atención de los abortos permitidos por el Código Penal, sino una serie de disputas que se encuentran en curso (AA. VV., 2013). En abril de 2015, procurando estandarizar las mejores prácticas en materia de salud y para garantizar las causales de aborto contempladas en el Código Penal, el Ministerio de Salud de la Nación publicó el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*.<sup>7</sup> Allí se explicitan de manera clara cuáles son las circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo (causal salud y causal violación), cuáles son las obligaciones del sistema de salud y cuáles son los procedimientos clínicos para atender estos casos. Sin embargo, el acceso al aborto no punible en el sistema público de salud a nivel nacional encuentra aún serios obstáculos de diversa índole (Asociación por los Derechos Civiles, 2013, 2015; Gebruers y Gherardi, 2015; Gebruers, 2016).

Prestar atención a la experiencia social del aborto permite afirmar que ni la penalización ni las barreras en el acceso a los abortos no punibles impiden su práctica, sino que generan condiciones humillantes para el conjunto de las mujeres y espe-

---

<sup>6</sup> Sobre este fallo, véase el documento “La regulación de la interrupción legal del embarazo en Argentina. Los principios que estableció la Corte Suprema de Justicia en el caso «FAL », marzo de 2012”, publicado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires.

<sup>7</sup> Anteriormente, el Ministerio de Salud de la Nación había publicado la *Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto* (2005) y la *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles* (2007).

cialmente inseguras para las de menores recursos económicos y socioculturales (Chaneton y Vacarezza, 2011).

El aborto inseguro es definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel que es practicado por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez (OMS, 2003). Estos abortos siguen siendo la principal causa de muerte de gestantes en el país. Según los más recientes datos oficiales, publicados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2016), en 2015 murieron 55 mujeres por esta causa. En tanto, también según datos oficiales, en 2013 los egresos hospitalarios de establecimientos oficiales por aborto llegaron a 48 949 casos (2015).

Estimar la magnitud del aborto en países donde la práctica no es legal tiene obvias dificultades y la Argentina no es la excepción. En una investigación promovida por el Ministerio de Salud de la Nación que convocó al Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y al Centro de Estudios de Población (CENEP), Silvia Mario y Edith Alejandra Pantelides (2007, 2009) arribaron, utilizando diferentes metodologías de cálculo, a una cifra que oscila entre 371 965 y 522 000 abortos anuales.

El panorama de los métodos para provocar abortos se ha transformado en años recientes debido a la expansión del uso de medicamentos para interrumpir embarazos de manera segura y efectiva. La Organización Mundial de la Salud, en tres guías técnicas sobre aborto (2003, 2012, 2014), asegura que los métodos medicamentosos (mifepristona + misoprostol o misoprostol solo) son seguros y eficaces. En el mismo sentido se han pronunciado tanto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (2012, 2017) como la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (2013). Siguiendo estas recomendaciones, el *Protocolo para la*

*atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, indica dichos métodos.<sup>8</sup>

Por fuera del sistema de salud, desde hace décadas y cada vez con mayor frecuencia, las mujeres latinoamericanas recurren a prácticas abortivas mediante el uso de misoprostol por tratarse de una práctica segura y no invasiva, menos costosa que los métodos quirúrgicos y que no requiere de la participación de terceros (Barbosa y Arilha, 1993; Dzuba, Winikoff y Peña, 2013; Ramos, Romero y Aizenberg, 2014; Zurbriggen, Keefe-Oates y Gerds, 2017). En la Argentina, las mujeres utilizan esta droga para abortar a pesar de que no está oficialmente registrada para ese fin por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentación y Tecnología Médica (ANMAT) ni se dispone de una presentación adecuada para su uso obstétrico por fuera de las instituciones de salud (CLACAI, 2017). Otro obstáculo para el acceso a la medicación es el alto precio y las condiciones potencialmente inseguras de circulación en el mercado ilegal de la venta sin prescripción médica. Aun así, este método se fue difundiendo de forma veloz en el boca a boca, debido a su efectividad y a la posibilidad de privacidad que comporta. También fueron importantes factores de difusión el trabajo de las activistas que acompañan abortos con medicamentos, las consejerías de reducción de riesgos y daños y la labor de profesionales del sistema de salud que lo indican para la atención de abortos permitidos por la ley.

La legalización y despenalización del aborto en la Argentina es una deuda que la democracia tiene con las mujeres y que, a la luz de lo que viene sucediendo, los gobiernos de distintas posiciones ideológico-políticas (ya sean populares o liberales), no están dispuestos a asumir. Tanto las convicciones personales religiosas o ideológicamente conservadoras como el alinea-

---

<sup>8</sup> En el protocolo se aclara que el misoprostol es usado bajo el método de “fuera de etiqueta”, ya que no está aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentación y Tecnología Médica (ANMAT) para su uso ginecológico. Véase también: CLACAI, 2017.

miento con la jerarquía vaticana de la clase política con acceso a posiciones de poder parecen tener un peso significativo en el mantenimiento de la situación.<sup>9</sup>

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito se ha constituido como un agente de peso en las disputas por el derecho al aborto y tiene su origen en una propuesta acordada en la Asamblea por el Derecho al Aborto Legal desarrollada en el marco del Encuentro Nacional de Mujeres del año 2003, realizado en Rosario. Esta propuesta fue ratificada al año siguiente en el Encuentro Nacional de Mujeres de Mendoza y logró materializarse en una reunión llevada a cabo en la ciudad de Córdoba en 2005. La Campaña es una alianza federal diversa, integrada por más de 350 organizaciones feministas, de mujeres, de movimientos LGTTBI, de derechos humanos, estudiantiles, políticas, sindicales, culturales, etc. Una de sus misiones ha sido presentar en el parlamento nacional, en repetidas ocasiones, un proyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

En 2018, el proyecto fue presentado por séptima vez y, mientras terminamos de escribir este libro, comienza a debatirse en el Congreso Nacional. El categórico *impasse* de la clase política en la arena legislativa parece destrabarse por primera vez al mismo tiempo que los movimientos feministas y de mujeres continúan avanzando en la producción de conocimientos, en la gestión de servicios de acompañamiento de abortos, en la generación de debates públicos y en la movilización social y cultural comprendida de manera amplia. En efecto, es posible afirmar que el aborto está despenalizado socialmente en amplios sectores de la población y que se ha ensanchado de manera considerable la base social que apoya este reclamo democrático (Petracci, 2007, 2015). Resta ahora que quienes tienen cargos de representación

---

<sup>9</sup> Sobre la influencia de la religión en la política y la capacidad de la jerarquía eclesiástica para ejercer su poder sobre el Estado, véase Vaggione (2006). Sobre los obstáculos para la discusión política sobre el aborto, véase Pecheny (2011).



política en la Argentina hagan que esto se materialice en la sanción de una Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que salvaguarde la autonomía y el derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos y, a la vez, resuelva el problema de salud pública y de justicia social que supone mantener la ilegalidad del aborto.

Como señalan Ruth Zurbriggen y Claudia Anzorena:

El debate de la justicia reproductiva, el derecho al aborto y la redistribución de los recursos concretos para su pleno ejercicio —educación sexual, acceso a la anticoncepción y aborto seguro— constituyen demandas incumplidas en las democracias latinoamericanas. Los procesos de democratización mantienen grandes deudas con quienes habitamos la región (...) estas deudas son de especial significancia en un contexto muy heterogéneo y desigualado en cuanto a experiencias de opresión reproductiva entre las niñas, las migrantes, las discapacitadas, las desplazadas, las encarceladas, las víctimas de tráfico o las refugiadas (2013: 29).

## **Surgimiento y propósitos de la investigación**

En la Argentina y en los demás países de la región, los debates públicos sobre la interrupción voluntaria del embarazo han estado históricamente enfocados a la discusión sobre el aborto durante el primer trimestre del embarazo. Ni las organizaciones de la sociedad civil, ni los/as expertos/as, ni las voces feministas han logrado propiciar, hasta hace muy poco, una discusión seria sobre una realidad palpitante: el aborto en el segundo trimestre de embarazo.

Daniel Grossman (2016), obstetra, ginecólogo e investigador comprometido con este debate, ha sostenido que el aborto en el segundo trimestre es el responsable de la mayoría de las complicaciones y muertes relacionadas con esta práctica en las regiones donde las restricciones legales, y por ende el aborto inseguro,

prevalecen. Aun cuando la práctica es segura y cuando es llevada a cabo por personal idóneo y entrenado, este tipo de servicios suelen ser escasos incluso en países con leyes permisivas, debido a barreras legales, a la falta de entrenamiento específico de profesionales y al estigma que rodea la práctica, entre otros factores (Turner, Hyman y Gabriel, 2008).

El volumen real de estos abortos es muy difícil de estimar en los países en que el aborto es ilegal o se encuentra restringido. En Sudáfrica, donde es legal, un estudio pionero estableció que estos abortos constituían alrededor del 20% del total, lo que superaba la tasa de alrededor del 10% que tenían otros países con aborto legal como Vietnam y Estados Unidos (Harries y otras, 2007).

De modo que el aborto en segundo trimestre es un servicio de salud que las mujeres de todo el mundo necesitan por muy diversos motivos. Entre ellos, cabe mencionar la violencia sexual, el reconocimiento tardío del embarazo, cambios en las circunstancias personales y las barreras en el acceso a servicios seguros. Resulta necesario, sin dudas, brindar servicios de calidad para que las mujeres puedan acceder a abortos tempranos, pero, aun así, nada indica que los abortos en segundo trimestre vayan a desaparecer (Harris y Grossman, 2011).

Estudios pioneros en la región, realizados en Colombia, muestran que las barreras para acceder a abortos en segundo trimestre siguen siendo importantes a pesar de la discriminación parcial de la práctica (Baum, De Piñeres y Grossman, 2015). Las investigaciones también revelan que los abortos en segundo trimestre llevados a cabo en un centro ambulatorio de atención primaria de la salud son seguros y satisfactorios para las pacientes (De Piñeres, Baum y Grossman, 2014).

Lisa Harris (2008) apuesta al valor de discutir abierta y honestamente acerca del aborto en segundo trimestre, a pesar de que son diversos los silencios que lo rodean. En la Argentina, casi no existían antecedentes de investigaciones sobre la cuestión

hasta que, en 2016, la Colectiva Feminista La Revuelta, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Ibis Reproductive Health se unieron para desarrollar este estudio. El temprano ensayo titulado “Historia de Ana” (Chaneton y Oberti, 2000) constituye un antecedente en el cual se ofrece un análisis acerca del derrotero que debe seguir una mujer para acceder a un aborto luego de obtener un diagnóstico de malformación fetal grave pasado el tercer mes de embarazo. Por su parte, la tocoginecóloga Analía Messina (2014) realizó una presentación en la cual esboza el proceso de atención de abortos en segundo trimestre en un servicio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las primeras inquietudes que dieron lugar a esta investigación surgen en la Colectiva Feminista La Revuelta, que inició, a fines del año 2010, un servicio telefónico de información y acompañamiento de abortos llamado Socorro Rosa. El propósito central del servicio es brindar información sobre el uso seguro de medicamentos para abortar, y acompañar a las mujeres durante el proceso. Los “socorros” propician un espacio en el cual no se juzga a quienes deciden abortar. Al contrario, se las apoya para que puedan mantener la calma y tener seguridades en una situación de intensa presión y temor generada por la ilegalidad y el estigma que rodea la práctica.

Si bien el aborto en segundo trimestre no estaba dentro de los horizontes de acompañamiento de la organización, a poco de andar comenzaron a presentarse situaciones en las cuales las mujeres se manifestaban decididas a abortar más allá de la semana catorce de gestación. Esta demanda presentó nuevos desafíos y fronteras por transgredir. Fueron las mujeres que se acercaban al servicio quienes, con su firme decisión de abortar, empujaron a asumir estos acompañamientos.

Este estudio partió de las inquietudes surgidas en esa práctica y buscó comprender las experiencias de las mujeres que abortan con medicamentos en el segundo trimestre de gestación, acompañadas por activistas socorristas. Especialmente, se procuró

relevar los significados que otorgan las mujeres a este proceso, los motivos por los cuales llegaron a tomar la decisión en ese momento de sus embarazos, el funcionamiento de los medicamentos utilizados y las estrategias utilizadas una vez desatado el aborto. También resultó pertinente indagar acerca de los aprendizajes y saberes que las socorristas van construyendo en su práctica. Nos preguntamos cómo es que las feministas socorristas llegaron a la decisión de acompañar a mujeres que abortan en ese tiempo gestacional y también cuáles son las estrategias que fueron diseñando en esta tarea.

Se realizó una investigación de diseño cualitativo basada en entrevistas semiestructuradas con mujeres que abortaron en el segundo trimestre y grupos focales con activistas socorristas que acompañan a abortar a mujeres en este tiempo gestacional. La población del estudio comprendió a mujeres que, cursando un embarazo del segundo trimestre (a partir de las 14 semanas desde la última menstruación), fueron acompañadas por activistas feministas entre el 1 de junio de 2015 hasta el 1 de junio de 2016. Se incluyó tanto a mujeres que iniciaron sus procesos de aborto con medicamentos en sus domicilios y que los culminaron allí, como a mujeres que habiendo iniciado el proceso en sus domicilios lo culminaron en un servicio de salud. Se contempló la inclusión de mujeres que utilizaron el método medicamentoso combinado (mifepristona + misoprostol) y de mujeres que solo accedieron a misoprostol. El estudio también incluyó a activistas socorristas que acompañaron a mujeres en sus procesos de aborto en el segundo trimestre.

Se realizaron veintitrés entrevistas en profundidad con usuarias del dispositivo socorrista en cuatro zonas geográficas del país (Patagonia-Cuyo, Buenos Aires, Región Central y Región Noreste). Las entrevistas fueron de tipo semiestructuradas, con preguntas sobre la historia reproductiva, el proceso de tomar la decisión de abortar y la experiencia de aborto en segundo tri-

mestre acompañada por activistas socorristas.<sup>10</sup> Cada entrevista estuvo acompañada de una serie de notas de campo tomadas por la entrevistadora.

También se organizaron dos grupos de discusión para los cuales se convocó, en cada caso, a ocho activistas de Socorristas en Red provenientes de distintas partes del país, que acompañaron a mujeres que abortaron en el segundo trimestre. Los grupos de discusión tuvieron lugar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en Córdoba. Se convocó a participar a activistas provenientes de los sitios seleccionados para el estudio y de otros sitios del país.<sup>11</sup> Los temas tratados en los grupos de discusión fueron el impacto del socorristo en sus vidas, el proceso de decidir acompañar abortos en ese tiempo gestacional y los aprendizajes surgidos de la práctica.

En la investigación se siguieron los criterios éticos de las instituciones intervinientes. Todas las interlocutoras recibieron información detallada sobre la investigación y sobre sus derechos en el curso de esta. Asimismo, todas ellas brindaron su consentimiento informado para la participación en este estudio. Se tomaron todas las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes. Todas las investigadoras que formaron parte de este estudio tomaron una capacitación específica sobre ética de la investigación y los criterios éticos de este estudio fueron aprobados por Allendale Investigational Review Board.

Partiendo de la premisa de que los materiales producidos no “hablan” por sí mismos, el equipo se abocó a un proceso de aná-

---

<sup>10</sup> Las entrevistas no se realizaron en el domicilio de la entrevistada ni en el de la entrevistadora, sino en un lugar acordado por ambas. Los gastos de traslado y refrigerio implicados fueron cubiertos con fondos previstos por el estudio. A cada una de las entrevistadas se le obsequió el libro *Código Rosa. Relatos sobre abortos* (Belfiori, 2015).

<sup>11</sup> Los gastos de traslado y refrigerios se financiaron con fondos previstos por el estudio.

lisis interpretativo de lo dicho por las mujeres entrevistadas y por las socorristas. Este proceso incluyó diferentes momentos: lectura individual de las transcripciones; marcación de frases y párrafos significativos; reuniones grupales de intercambios; producción de primeros ejes de análisis descriptivo; ordenamiento del material de campo en relación con esos ejes; triangulación de entrevistas y grupos focales; producción de nuevas categorías con mayor densidad de sentidos. El proceso de análisis, sin dudas complejo y cargado de decisiones, permitió ordenar, sistematizar y preparar el material obtenido, de manera de facilitar, durante la interpretación, la emergencia de significados y construcciones de sentidos sobre las cuestiones que interesaban a esta investigación.

Esperamos que los resultados de este estudio contribuyan a comprender las experiencias de aborto en segundo trimestre y a sistematizar los aprendizajes construidos en la práctica socorrista a fin de generar mayores y mejores estrategias de cuidados para abortos en segundo trimestre. Aspiramos también a que los resultados aporten tanto nuevos sentidos al debate público sobre la legalización del aborto como información valiosa para quienes actúan en la atención de la salud y en ámbitos de decisión política.

### **Feminismo de acción directa e invención colectiva. Socorro Rosa y Socorristas en Red**

Socorro Rosa es el nombre que recibe un dispositivo que brinda información y acompañamiento en procesos de aborto con medicamentos a mujeres y a personas con capacidad de gestar. Como dijimos, fue creado por la Colectiva Feminista La Revuelta de la ciudad de Neuquén en el año 2010. Toma su nombre de una forma de asistencia mutua desarrollada por feministas italianas de la década del setenta en la cual las mujeres que deseaban abortar podían reunirse en la oficina del grupo

feminista y allí recibían ayuda (Cilumbriello y Colombo, 2001). En Francia funcionaron servicios similares antes de la legalización del aborto. El film *Ella tiene los ojos bien abiertos*, de Yann Le Masson (1980), constituye un exquisito registro documental de la experiencia francesa, en el que cada una de las protagonistas representa su propio personaje. También, en el marco de las genealogías feministas de provisión de abortos, se conoce la experiencia de Jane, el servicio clandestino que funcionó en Chicago entre los años 1969 y 1973 y que llegó a realizar alrededor de 11 000 abortos (Kaplan, 1997).

El Socorro Rosa se hace posible en una compleja red de relaciones inscriptas en una época particular, signada por la presencia insoslayable de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, que desde su formación genera nuevas agendas de incidencia política para la legalización del aborto.

Otro factor de crucial importancia es la existencia de medicamentos que provocan abortos seguros y la cada vez más amplia difusión de información sobre su correcto uso. El trabajo de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (2010) fue pionero en este aspecto (Mines y otras, 2013). A pesar de que, como hemos dicho, siguen siendo numerosos los obstáculos para el acceso a la medicación, estas y otras experiencias en la Argentina, en la región y en el mundo demuestran que es significativo el poder que estos métodos brindan a quienes deciden abortar, así como el de quienes deciden organizarse para asesorar y acompañar esos abortos (Jelinska y Yanow, 2017).

Esta coyuntura particular y la política articuladora de La Revuelta dieron lugar a la formación de Socorristas en Red (feministas que abortamos) en el año 2012, a partir de la veloz multiplicación de colectivas que, en distintos lugares del país, empezaban a organizar servicios de información y acompañamiento de abortos. Socorristas en Red genera un modelo de acompañamiento anclado en prácticas autogestivas de acción directa y se afianza como una acción colectiva imaginativa y ur-

gente para facilitar el acceso al aborto seguro con medicamentos. Sus actividades están centradas en brindar información y acompañamiento a mujeres que necesitan interrumpir sus embarazos. También, como parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, Socorristas en Red reclama la sanción de una ley que despenalice y legalice esta práctica. Sin renunciar al deseo de alcanzar, además del aborto legal, el aborto libre y feminista.

Socorristas en Red creció de manera vertiginosa desde su formación y en la actualidad reúne a cuarenta colectivas de diferentes localidades de la Argentina.<sup>12</sup> En cuanto a sus formas organizativas, las integrantes de la red realizan una reunión plenaria anual, de tres días de trabajo. Tanto la primera como la segunda reunión plenaria se realizaron en la ciudad de Córdoba, en 2012 y 2013 respectivamente, con la asistencia de activistas de Córdoba, Neuquén, Santa Fe, Mendoza y Buenos Aires. En la tercera reunión, realizada en Neuquén en marzo de 2014, ocurrió un salto tanto cualitativo como cuantitativo: participaron dieciséis colectivas y un total de cincuenta y dos activistas. Allí se acordó trabajar con un formulario común para registrar datos de los acompañamientos y poder sistematizarlos a nivel nacional. La cuarta reunión, realizada en Córdoba en abril de 2015, convocó a ciento diez activistas de veinte colectivas feministas.

A partir de ese año, Socorristas en Red cuenta con una plataforma de información construida en alianza con la Facultad de Informática de la Universidad Nacional del Comahue, con sede en Neuquén. Esta plataforma es utilizada por el conjunto de la red nacional de socorristas y permitió avanzar en el procesamiento y la calidad de los datos obtenidos hasta entonces. Tal recurso, impensable hace apenas unos años, se hizo posible por los niveles de despenalización social alcanzados con respecto al aborto. La quinta reunión plenaria, desarrollada en marzo de

---

<sup>12</sup> Véase <[www.socorristasenred.org](http://www.socorristasenred.org)>.



2016 en la ciudad de La Plata, reunió a ciento setenta activistas de treinta colectivas del país. Y la sexta, por su parte, convocó a doscientas activistas de cuarenta colectivas y se reunió en abril de 2017 en Agua de Oro, Córdoba.<sup>13</sup>

La producción reflexiva de saberes sobre la propia práctica así como la sistematización de los acompañamientos fueron una preocupación para las activistas de La Revuelta desde la creación del servicio de Socorro Rosa. Numerosos trabajos de historización, reflexión y elaboración conceptual sobre esta experiencia dan cuenta de ello (Grosso, Trpin y Zurbriggen, 2013, 2014; Zurbriggen, Trpin y Grosso, 2013; Grosso y Zurbriggen, 2015, 2016; Maffeo y otras, 2015; Trpin, Zurbriggen y Camejo, 2015; Burton y Peralta, 2016; Burton, 2017 y otros).

En 2011, La Revuelta inició la sistematización de los datos de los acompañamientos recogidos mediante un formulario denominado “protocola”. Los datos indican que durante ese año se acompañó a 136 mujeres; en 2012, a 342 y en 2013 el número ascendió a 537. Por su parte, la primera sistematización del conjunto de Socorristas en Red arroja, para 2014, un total de 1116 acompañamientos; para 2015, un total de 2894; para 2016, un total de 3799 y en 2017 se registraron 4781 acompañamientos en total. Desde 2014 hasta 2017 Socorristas en Red acompañó un total de 12590 mujeres a abortar con medicamentos.

Los datos también muestran un aumento considerable en los acompañamientos realizados en el segundo trimestre de gestación. En 2014 Socorristas en Red acompañó a abortar en ese tiempo gestacional a 216 mujeres; en 2015, a 269; durante 2016, a 593 y en 2017 fueron 788 las mujeres acompañadas. Desde 2014 hasta 2017 Socorristas en Red acompañó un total de 1866 mujeres a abortar en el segundo trimestre de embarazo. El aumento anual en términos absolutos de estos acompaña-

---

<sup>13</sup> Las declaraciones de cada reunión plenaria pueden consultarse en <[www.socorristasenred.org](http://www.socorristasenred.org)>.

mientos es una muestra de la demanda existente y también de la ampliación de la capacidad de responder que tiene la red. Estas capacidades fueron aumentando a partir de la circulación de saberes prácticos entre activistas pero también en talleres y capacitaciones específicas. La activista por los derechos reproductivos de la organización Women Help Women, Susan Yanow, brindó un taller sobre aborto con medicamentos en segundo trimestre durante la reunión plenaria socorrista de 2016. También, en julio de 2017 se organizó en Villa Mercedes una jornada de formación socorrista sobre acompañamiento de abortos en segundo trimestre a la cual asistieron noventa activistas.

| <b>Año</b>   | <b>Total de abortos</b> | <b>Total de abortos en 2º trimestre</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--------------|-------------------------|---|-------------------|
| <b>2014</b>  | 1116                    | 216                                     | 19,35 %           |
| <b>2015</b>  | 2894                    | 269                                     | 9,29 %            |
| <b>2016</b>  | 3799                    | 593                                     | 15,61 %           |
| <b>2017</b>  | 4781                    | 788                                     | 16,48 %           |
| <b>Total</b> | 12590                   | 1866                                    | 14,82 %           |

Muchos son los cambios organizativos y políticos que se han experimentado desde la creación del Socorro Rosa. No obstante, es posible asegurar que desde sus inicios el dispositivo se organizó a partir de cuatro estrategias o momentos claves que configuran un modelo de actuación socorrista. Se procuró que estas estrategias, entendidas como definiciones políticas del movimiento, fueran luego asumidas por el conjunto de Socorristas en Red, preservando siempre la autonomía de cada colectiva y respetando las particularidades propias de los contextos específicos en que cada una desarrolla su activismo.

La primera estrategia es la atención de una línea telefónica cuyo número se difunde públicamente. La línea permite el primer contacto con las mujeres que necesitan apoyo para abortar. Es condición, entonces, que quien necesita abortar realice una llamada telefónica. Esto implica un tiempo de alto compromi-

so emocional tanto para la persona que necesita abortar como para quien atiende el llamado de manera voluntaria. Entre otras cuestiones, se busca en este momento escuchar de forma des-prejuiciada, calmar ansiedades, dar seguridades, aplacar miedos, confirmar decisiones, prestar atención a las razones para abortar sin exigirles e idear caminos posibles si la mujer está viviendo situaciones de violencia. En esa primera llamada se pauta un encuentro grupal, al que asistirán varias mujeres que necesitan abortar y dos socorristas feministas, según un cronograma pre-establecido mensualmente.

La segunda estrategia son los encuentros grupales cara a cara. En ellos se busca que sobrevenga lo colectivo en la medida en que se pueda poner en evidencia que otras mujeres están en la misma situación. Estas reuniones procuran disminuir la carga de culpabilización y estigma que muchas veces rodea a la decisión. También se persigue dar valor a las redes de compañía y cuidado. En estos encuentros circula la palabra sobre el devenir de la decisión y sobre las cuestiones que cada asistente elija compartir. No faltan las angustias, ni las controversias, ni los relatos sobre maternidades no elegidas y elegidas, ni sobre abortos ya practica-dos, ni las risas, ni las lágrimas muchas veces contenidas ante un auditorio de desconocidas. Se trabaja con un folleto de informa-ción sobre usos seguros de medicación producido por Socorristas en Red, se despejan dudas y se conversa sobre los momentos más oportunos para iniciar el tratamiento. El último momento de la reunión, y el más íntimo, es el que corresponde al llenado de la “protocola”. Esta tarea se realiza en pares compuestos de una socorrista y una usuaria del servicio socorrista, también llamada “socorrida”. La “protocola” es una planilla de datos compuesta de tres partes que permite generar información sobre los abortos y sobre las mujeres que recurren al servicio. La primera parte se completa en la reunión grupal; la segunda parte se completa durante el proceso de uso de la medicación; y la tercera, una vez realizados los controles médicos postaborto. Cuando las mujeres

deciden no concurrir a los controles postaborto también se deja registro de ello. Toda esta información constituye la materia prima para las sistematizaciones de Socorristas en Red.

La tercera estrategia del modelo de actuación socorrista es el seguimiento telefónico durante el uso de la medicación y el proceso del aborto. Cada mujer que acude al socorrismo se retira del encuentro grupal con un teléfono de contacto que le permitirá conectar a la activista socorrista que estará a cargo de su seguimiento y acompañamiento. Socorrista y socorrida se conocen en persona durante la reunión, de modo que, para cada mujer que necesita abortar, la persona que la acompaña tiene rostro, nombre, cuerpo y sabe que podrá llamarla por teléfono para las consultas que sean necesarias.

La cuarta y última estrategia es propiciar que cada mujer que acude al socorrismo se realice controles médicos postaborto y colaborar en la formación de vínculos con profesionales y trabajadores/as de salud. Los controles médicos postaborto son una instancia importante para que las mujeres puedan obtener la información necesaria y elegir, si así lo desean, un método anticonceptivo.

En relación con el sistema de salud, las socorristas trabajan activamente para contribuir a la efectiva aplicación de las causas de legalidad del aborto y para incidir en la creación de buenas prácticas de atención de abortos desde miradas antidiscriminatorias y garantistas de los derechos humanos. En especial, se trabaja para propiciar modos “amigables” de atención, donde se garantice el cuidado de la salud y las mujeres no sean juzgadas ni maltratadas por practicarse un aborto.<sup>14</sup>

El armado de coaliciones con profesionales de la salud para acompañar abortos resulta una constante ocupación de la mayor parte de las colectivas que integran Socorristas en Red. En

---

<sup>14</sup> Sobre la categoría “amigable” para caracterizar a profesionales, servicios y modos de atención en salud, véase Grosso y Zurbriggen (2016).

diciembre de 2014, apareció en escena una carta pública que llamó a la formación de una Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Los/as profesionales que la escribieron habían sido convocados/as en septiembre de ese año por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito para desarrollar una serie de actividades en el Congreso de la Nación. La carta sostenía:

Queremos juntarnos, salir de la soledad del consultorio, intercambiar experiencias, potenciarnos. Ver qué estamos haciendo, qué nos falta, cómo podemos conseguirlo. Queremos trabajar desde los contenidos de la educación sexual integral, queremos dejar de ser barreras en la accesibilidad de un método anticonceptivo, queremos garantizar los abortos legales, seguros y gratuitos a todas las mujeres que así lo requieran. Queremos des-clandestinizar nuestras prácticas, porque son las correctas, porque respetan la legalidad y responden a criterios éticos del cuidado de la salud de las mujeres. Por todo esto pensamos en dar los primeros pasos para conformar una Red de profesionales por el derecho a decidir.

Los pasos previos, desarrollados por Socorristas en Red en la búsqueda activa de sectores “amigables” dentro del sistema de salud, tanto público como privado, mostraron que la acumulación de estrategias desplegadas por actores de diversos espacios daba sus frutos, ahora de manera más organizada. Actualmente, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir cuenta con casi seiscientos/as profesionales de múltiples disciplinas que desarrollan su práctica en todo el país. Esta red también es integrada por activistas de Socorristas en Red, quienes colaboraron desde el inicio para su conformación.

Por último, el movimiento socorrista se caracteriza por generar producciones en distintos formatos y desde múltiples registros creativos y discursivos para difundir su hacer. En sus diversas

producciones buscan disputar sentidos y significados sobre las prácticas sexuales y corporales vinculadas al aborto en espacios académicos, comunitarios, periodísticos, culturales, educativos, judiciales y callejeros. Las prácticas de acompañar a abortar son, de alguna manera, la materia empírica sobre la cual se amalgaman un sinnúmero de posibilidades de acción, entre ellas, el desarrollo de investigaciones comprometidas con la producción de saberes sobre el aborto en segundo trimestre.



## Capítulo 2

### La decisión de abortar en el segundo trimestre de embarazo

---



*W. R.*  
2017





## Capítulo 2

### La decisión de abortar en el segundo trimestre de embarazo<sup>15</sup>

El trabajo sostenido de acompañamiento feminista de abortos con medicamentos que realizan las socorristas demuestra que una parte de las mujeres que abortan, por motivos diversos, pero de gran importancia para ellas, necesitan acceder a la práctica en el segundo trimestre de embarazo. Si bien brindar acompañamiento de abortos en esta edad gestacional no estaba *a priori* entre los propósitos pautados para el Socorro Rosa, la apremiante necesidad y la firme decisión de las mujeres se fue imponiendo en la práctica, lo que planteó desafíos, aprendizajes y límites por transgredir a las activistas.

En este capítulo, el análisis busca comprender las circunstancias y las razones que llevan a la decisión de abortar en el segundo trimestre de embarazo. La lectura analítica de las entrevistas producidas para esta investigación se encuentra orientada por los hallazgos y reflexiones acerca de la decisión de abortar y sobre la experiencia del aborto presentes en el libro *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones* (Chaneton y Vacarezza, 2011).

---

<sup>15</sup> Otra versión de los resultados presentados en este capítulo se encuentra pronta a publicarse en el libro *Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias*, compilado por Olivia Tena Guerrero y Lurel Cedeño, del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Si bien resulta dificultoso sistematizar los motivos por los cuales las mujeres abortan en esta etapa del embarazo —porque se trata, en cada caso, de situaciones sociales y subjetivas muy singulares—, intentaremos desplegar una serie acotada de razones y circunstancias, construida a partir de la lectura de las entrevistas, que ayuden a comprender por qué las mujeres necesitan interrumpir sus embarazos en el segundo trimestre de gestación.

Una particular experiencia del tiempo se despliega en las entrevistas. Podríamos decir que el tiempo “objetivo” en que se desarrolla el proceso fisiológico del embarazo (cantidad de semanas de gestación) se encuentra, se descompasa y se tensiona en los relatos con una vivencia más “subjetiva”, asociada con las específicas condiciones sociales y personales que atraviesan las mujeres.

Sin pretensión de exhaustividad, encontramos en los relatos de aborto en segundo trimestre formas de urgencia extrema y desesperación, pero también formas de negación y de duda que suspenden el tiempo. Por razones fisiológicas que a veces se traman con su vida psíquica, algunas mujeres tardan en sospechar y confirmar que están embarazadas, y otras experimentan profundas contradicciones y dudas antes de poder decidirse. Los conflictos morales con respecto al aborto y las situaciones conflictivas de la pareja hacen que las mujeres no puedan tomar decisiones rápidas y firmes sobre la continuidad de su embarazo. También es recurrente la referencia a situaciones de violencia machista que llevan a la confusión y dilatan la decisión.

Con mucha frecuencia, encontramos en las entrevistas demoras asociadas con la criminalización y estigmatización del aborto en la Argentina. Estos retrasos afectan en especial a las mujeres con menores recursos económicos, sociales y culturales. Quienes necesitan interrumpir sus embarazos muchas veces se encuentran con dificultades en el acceso a información y atención adecuada, que retrasan la efectucción del aborto hasta el segundo trimestre de gestación. Algunas de ellas recurren a

métodos abortivos poco efectivos e inseguros antes de contactar a las socorristas, mientras que otras encuentran dificultades en el acceso al medicamento o tienen que repetir los tratamientos medicamentosos más de una vez.

A este abanico de circunstancias apremiantes y complejas responde el Socorro Rosa brindando acompañamiento respetuoso e información confiable para mujeres que necesitan servicios de aborto seguro en el segundo trimestre de embarazo.

### **Vida sexual: placeres, olvidos, fallas y violencias**

La lectura transversal de las entrevistas muestra que la decisión de interrumpir un embarazo no está desligada de la vida sexual de las mujeres. Si intentamos comprender la experiencia social del aborto es necesario conectarla con la vida sexual, con sus placeres, con sus olvidos, con las fallas que pueden ocurrir en el uso de métodos anticonceptivos y también con las relaciones de poder que se juegan en los encuentros sexuales (Chaneton y Vacarezza, 2011).

Las mujeres no siempre desean sostener prácticas anticonceptivas. Es el caso de dos jóvenes que narran en sus entrevistas que los embarazos que abortaron provenían de relaciones en las que no habían usado métodos anticonceptivos:

En una de esas relaciones que tenemos nos descuidamos, o sea, nos cuidamos tarde. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Para citar las entrevistas, en todos los casos, consignamos en primer lugar el código de la entrevista (donde la letra refiere a la zona geográfica en la cual reside la entrevistada), seguido de la edad de la entrevistada y de la cantidad de semanas de gestación al momento de realizarse el aborto. La letra “A” corresponde a mujeres que residen en Patagonia y Cuyo, la letra “B” a Buenos Aires; la letra “C” a la Región Central y la letra “D” identifica a mujeres de la Región Noreste.

Me confié en que se me había ido [la menstruación], entonces digo no, pensé [se ríe] que no iba a quedar embarazada... (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

No utilizar métodos anticonceptivos no equivale a desear tener hijos/as, sino que responde —según muestran las entrevistas— a obstáculos en el acceso, a situaciones de experimentación sexual o, también, a momentos personales o de la pareja en los cuales la práctica anticonceptiva puede interrumpirse por diferentes razones. Por ejemplo, es el caso de una entrevistada que abandona la práctica anticonceptiva porque la pareja se encuentra en un *impasse*, pero vuelven a tener relaciones sexuales ocasionalmente y ella queda embarazada. También registramos al menos dos casos (A-1 y A-4) en los cuales las mujeres desean tener un/a hijo/a, pero luego —por distintos motivos relacionados con cambios en sus condiciones de vida y en sus relaciones de pareja— deciden interrumpir el embarazo.

En otros casos, los embarazos provienen del uso de prácticas poco confiables para su prevención, como el método del ritmo y el coito interrumpido:

... nosotros nos cuidábamos: o él terminaba afuera o yo me cuidaba con los días. (...) Y, bueno, yo saqué mal las cuentas y, bueno, quedé embarazada. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

Entre las mujeres entrevistadas que sí utilizaron métodos anticonceptivos, al menos cuatro de ellas refieren haber quedado embarazadas por olvidos en la toma de pastillas anticonceptivas:

... en ese mes hice un descontrol de las pastillas anticonceptivas, hice un descontrol [...], tomé dos o tres juntas en una semana. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación).

... me estaba cuidando con pastillas anticonceptivas y me pasó que me olvidé dos o tres días. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación).

Fue una vuelta que no tomé la pastilla y ahí quedé embarazada. (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación).

Tomaba pastillas anticonceptivas. A mí me fallaron. Bah, porque yo me olvidé una y me tomé dos al otro día. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

La píldora anticonceptiva es un método cuya efectividad depende exclusivamente del esmero y la dedicación de la mujer, que debe estar alerta para recordar las tomas. Las entrevistas muestran que los olvidos y los descuidos en el uso de pastillas anticonceptivas ocurren con cierta frecuencia y llevan a embarazos inoportunos.

Una mujer que vive en un barrio periférico de Neuquén comenta: "... me quedé embarazada porque no me puse la inyección en fecha", y luego explica las dificultades que tuvo para acercarse a tiempo al centro de salud donde le aplicaban la anticoncepción hormonal inyectable (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación). En este caso, las exigencias de la vida diaria de una mujer de escasos recursos hacen que ella deba posponer la aplicación del método anticonceptivo y que, luego, quede embarazada.

Otras mujeres refieren fallas en el método anticonceptivo, como que se rompa el preservativo o que la anticoncepción de emergencia utilizada no tenga el efecto deseado:

Yo dije bueno, está todo bien, listo, me tomé la pastilla [anticonceptiva de emergencia], y no pasó nada, y ese mes justamente no me vino, entonces dije, ¡uy! ¿Qué pasó acá? Porque me había tomado la pastilla del día después, entonces, ¡imposible! (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

... las compré [se refiere a la anticoncepción de emergencia] y como que estaba en el día, por decirlo así, de la relación que yo había tenido... me lo tomé, todo, pero no sé qué pasó, no me habrá hecho efecto, no sé... (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).

Resulta evidente en las entrevistas que las mujeres a veces no usan métodos anticonceptivos y que, a veces, estos métodos fallan, lo que ocasiona embarazos no planificados. Pero, hasta aquí, hemos dejado fuera de consideración a los varones, aunque las entrevistadas hablan de ellos, de sus actitudes hacia la anticoncepción y de su participación en relaciones sexuales que dan lugar a embarazos que luego terminan en abortos. Las entrevistadas refieren con frecuencia que los varones se niegan a involucrarse en prácticas anticonceptivas, que colocan la responsabilidad de la anticoncepción en la mujer y que intentan embarazarse a su pareja sin tener en cuenta los deseos de ella:

... él no quería cuidarse. No, porque él como que..., a él le encantaba todo el tiempo que yo me quedara embarazada. [Él] nunca se cuidaba. Nunca. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

... me hubiese podido cuidar, sí, pero... pero yo también le decía que, si yo me cuidaba, él también tenía que cuidarse, y que no, y que yo no me voy a cuidar, y cuidate vos, entonces siempre estábamos en la lucha de que si pasaba iba a ser mi responsabilidad. (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación).

En algunos casos, como el último citado, la anticoncepción es un campo de "lucha". ¿Quién debe "cuidarse" y quién es "responsable" por los embarazos? ¿Quién decide cuándo tener relaciones sin protección anticonceptiva? Lo que narra D-1 nos confronta con una organización tradicional de los géneros en la cual las mu-

jeros deben ejercer la sexualidad con responsabilidad y cuidado, mientras que los varones pueden aprovechar para sí ese trabajo hecho por otras, o simplemente ignorarlo, imponiendo su deseo.

Hablamos de relaciones de poder y de lucha que se dan en la intimidad de las relaciones sexuales, por ejemplo, cuando una mujer insiste a su pareja para que se involucre en prácticas anti-conceptivas al tiempo que él se niega:

Quando nosotros estuvimos juntos, en realidad él nunca se cuidaba, yo siempre le decía, cuidate, cuidate. Y no, nunca se cuidaba. Porque decía que lo disfrutaba más así... qué sé yo... aparte, porque él, según él, estaba re enamorado de mí, quería formar una familia conmigo y yo le decía, vos estás loco, yo no [se ríe], yo hijos todavía no. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

En una parte importante de los relatos el varón impone su deseo sexual y decide sobre la ausencia de cuidado anticonceptivo. Se trata de luchas que se dan, literalmente, en el cuerpo a cuerpo del encuentro sexual y que tienen distintos grados de intensidad. Algunos varones se niegan a utilizar preservativo, otros imponen prácticas inseguras como el coito interrumpido, otros no avisan a la mujer que el preservativo se rompe y, por lo tanto, la privan de la oportunidad de tomar la anticoncepción de emergencia. También hay quienes no toman en cuenta de ningún modo el consentimiento a la hora de mantener relaciones sexuales y violan a su pareja.

El análisis de las entrevistas nos muestra que es necesario reflexionar de cerca sobre los abortos en el segundo trimestre. Esto es, no considerar esos abortos como hechos separados de las relaciones sociales de poder entre los géneros ni de la enorme complejidad política de la vida sexual humana. La pasión, el placer, los olvidos, las fallas técnicas y también las desiguales relaciones de poder entre los géneros y las violaciones dan lugar



a embarazos que no querrán ser continuados por las mujeres que los gestan. Algunas de ellas, por distintos motivos que iremos desarrollando en este libro, necesitarán acceder al aborto en el segundo trimestre de embarazo.

### **“Yo me enteré tarde”**

Un enunciado muy recurrente en el conjunto de entrevistas es “yo me enteré tarde”. Una buena parte de las entrevistadas narran haberse encontrado con la noticia de que estaban embarazadas cuando la gestación llevaba ya varias semanas. En general, estas mujeres expresan haber recibido con sorpresa e incredulidad la novedad de estar cursando un embarazo de varias semanas:

... cuando me enteré, tenía como trece o catorce semanas más o menos. Eso también fue algo raro, porque la ecografía me dio catorce semanas, y según mis cuentas era como imposible, ¿viste? (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

En particular, al menos seis de las entrevistadas refieren haber tenido sangrados vaginales de características similares a los de una menstruación durante las primeras semanas de embarazo. Se trata de un síntoma relativamente común en embarazos tempranos, que responde a causas variadas y que hace que las mujeres muchas veces demoren en confirmar que, en efecto, están embarazadas:

... pasa que yo me enteré tarde que estaba embarazada; o sea, porque seguía menstruando y todas esas cosas. Y cuando ya me enteré tenía cuatro meses; bah, 23 semanas. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Y bueno, pasó el tiempo y a mí se me pasaron los meses, más porque me venía [la menstruación], me venía igual. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

Y aparte me seguía viniendo [la menstruación], no en la cantidad normal que siempre me venía, pero sí tuve, hasta diciembre tuve, me venía poquito, pero me venía. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

Yo recién en marzo me entero de que estaba embarazada, porque me estuvo viniendo normalmente, seguí menstruando. (C-4, 18 años, 17 semanas de gestación).

... me enteré como a los dos meses, o tres, porque yo seguía menstruando y bueno, porque me empecé a sentir rara, se me empezaron a hinchar los pechos. Entonces, fui y me hice un *evatest* [test de embarazo]. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación).

Yo menstruaba lo más normal, menos hasta el cuarto mes... Creo que ahí empecé. Me di cuenta porque... No me di cuenta, en realidad relacioné, dije, tengo un dolor acá, nunca lo relacioné con un embarazo, ¡jamás!, nunca. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

También, un historial de menstruaciones irregulares puede hacer que la mujer no considere la posibilidad de estar embarazada de manera temprana:

... cuando yo me entero que estoy embarazada, siempre fui muy irregular, entonces para mí era como algo normal, pero ya dos meses que no me venía, bueno, me voy a hacer el test, como para descartar, que el médico me diga no, nena... Porque tampoco yo sentía nada, ni lo podía sentir. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

Estos fragmentos demuestran la existencia de factores de tipo fisiológico que pueden hacer que las mujeres no se enteren tempranamente de que están cursando un embarazo. Pero también, las entrevistas permiten afirmar que en algunos casos existen factores subjetivos muy poderosos que pueden hacer que las mujeres demoren la confirmación del embarazo, o bien nieguen o no consideren la posibilidad de estar embarazadas:

Dejé pasar el día y no lo compré [al test de embarazo]. Me dije, bueno, lo compro al otro día. Y no, de todo, me pasaba de todo. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación).

Pero me fui quedando, porque esperamos, esperamos a ver si me venía mi período y no. Ni un test me quería hacer. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

Tenía miedo de ir al ginecólogo porque no querés escuchar que estás embarazada. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Entonces, yo como que igual intentaba convencerme como que no, ¡que no era así!, que no era positivo [el test de embarazo que se había hecho] y que capaz que me había dado mal, o que capaz que lo había hecho mal. Y entonces leí las instrucciones, me levanté, a los dos días a la mañana temprano, lo hice de nuevo y me volvió a dar positivo. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

... me lo hice [al test de embarazo] y me dio una rayita negativa y la otra (...) muy clarito, el otro palito. Entonces yo dije, qué raro, no creo. ¿Viste cuando decís mmm? No, ¿no? Y dije, bueno, no. Y tenía que creerme el no (...). Digamos que es un no. Entonces, cuando dije, bueno, vamos a esperar hasta el mes que viene (...) Me lo volví a hacer y ya ahí salió positivo. Ahí ya era junio. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

En varias de las entrevistas se articula una temporalidad suspendida durante la cual las mujeres se resisten a confirmar el embarazo y, a la vez, comienzan a experimentar sensaciones y cambios en su cuerpo que son cada vez más difíciles de ignorar. Algunas de ellas esperan y anhelan que lo que les está sucediendo no sea un embarazo. El miedo a las consecuencias sociales, corporales y subjetivas que acarrea una gestación en un momento inoportuno, o el miedo al aborto en condiciones de ilegalidad, pueden hacer que las mujeres nieguen la situación como una forma de defensa ante algo que se presenta como una amenaza para ellas. Sobre todo en los casos en que el embarazo proviene de una violación o cuando ocurre en momentos personales conflictivos o de gran exigencia subjetiva, no resulta extraño que defensas de tipo inconsciente impidan que las mujeres se enteren y tomen decisiones tempranas sobre la interrupción de la gestación.

Según las investigaciones disponibles, el reconocimiento tardío del embarazo es uno de los motivos más frecuentes que llevan a las mujeres a necesitar de abortos en el segundo trimestre del embarazo (Grossman, 2016). Muchas gestantes confirman embarazos que ya están relativamente avanzados y recién a partir de allí empiezan a considerar sus opciones en un contexto signado por la criminalización del aborto y donde los servicios de salud muchas veces no brindan información oportuna, ni facilitan el acceso a los abortos que están permitidos por el Código Penal argentino.

### **“Nunca tuve ningún tipo de dudas”. Cuando la decisión de abortar es firme e inmediata**

La decisión de abortar en el segundo trimestre es un proceso complejo que se narra en las entrevistas. En algunos casos, observamos que la decisión es tan inmediata como firme y ocurre apenas las mujeres se enteran del embarazo. En estos casos, aun con la decisión tomada rápidamente, las mujeres muchas veces y

por distintos motivos confirman el embarazo de forma tardía, y enfrentan luego múltiples obstáculos en el acceso al aborto, que retrasan su efectucción. En otros casos, sobre los que nos explayaremos en el próximo apartado, la decisión de abortar es un proceso arduo y embrollado que requiere de tiempo para poder madurarse. De manera que, comprender que no todos los procesos en los que se decide interrumpir un embarazo son iguales ni toman la misma cantidad de tiempo es un factor crucial para comprender de manera cabal los abortos en el segundo trimestre.

Las entrevistas permiten afirmar que mujeres de distintas edades y sectores sociales, ante la certeza de que están embarazadas, expresan formas extremas de determinación orientadas a abortar:

No tengo ganas de tener otro hijo. ¡No lo siento... tener otro hijo! (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación).

Yo creo que en el fondo ya estaba negada desde antes, desde nunca decir, ay, ¡qué lindo! Ponele, nunca pensé en ir a comprarle ropita ni nada de eso... (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

Yo estaba segura que no lo iba a tener. (A-11, 21 años, 20 semanas de gestación).

Desde antes, cuando compré el *evatest* [prueba de embarazo], siempre supe [que no quería tener un/a hijo/a], nunca tuve ningún tipo de dudas. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

Cuando yo me enteré yo ya sabía, digamos, lo que quería, entonces como que no (...) fue decir sé que estoy [embarazada], pero no me va a pasar nada porque no lo voy a tener. (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

En algunos casos, como los citados, las mujeres expresan la firme decisión de abortar, incluso a sabiendas de que cursan el segundo trimestre de embarazo. El deseo de no tener un/a hijo/a en algunos relatos es tan fuerte que llama a considerar la profunda necesidad de proveer servicios de aborto seguro para estos casos:

Después, cuando yo me entero que estoy embarazada y no quería saber ¡nada! (...) ¡Yo en realidad estaba cegada! Estaba dispuesta a todo (...) le doy gracias a dios porque yo creo que si no hubiese encontrado a [la activista socorrista], yo estaba segura de que tenerlo no lo iba a tener, alguna cagada me iba a mandar (...) vi perejil, vi caños, lo que sea, yo me iba a hacer cualquier cosa (...) en ese momento estaba decidida a todo. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

Algunas mujeres, como C-3, desean tan intensamente no continuar con el embarazo que intentarán interrumpirlo por cualquier medio, incluso poniendo en riesgo su salud y su integridad física (“estaba dispuesta a todo”, “alguna cagada me iba a mandar”, “yo me iba a hacer cualquier cosa”). De relatos como el de C-3 se desprende que sea oportuno y necesario proveer servicios de aborto en el segundo trimestre para proteger la salud y la vida de las mujeres que se encuentran determinadas a abortar en situaciones de extrema vulnerabilidad social, corporal y subjetiva.

Entre quienes expresan decisiones firmes, hay mujeres que en sus narraciones articulan de forma muy clara y racional los motivos por los cuales decidieron abortar, colocándose en el centro de un proyecto personal. Las entrevistadas más jóvenes, sobre todo, que no tienen hijos/as y que se encuentran estudiando, expresaron motivos relacionados con su proyecto de vida:

Yo tomé la decisión esta para poder seguir estudiando. Ahora tengo que emprender mis estudios otra vez; ya me inscribí en la universidad. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Mi mayor deseo hoy está enfocado en recibirme... es la única meta que tengo. Yo pensé en mí. Y en la decisión que yo creía que estaba bien. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

En otros casos, también de mujeres jóvenes sin hijos/as, los proyectos personales se combinan con horizontes de expectativas que a veces incluyen a sus parejas:

... me pasaba de todo, yo no quería, no quería ser mamá porque (...) somos chicos, queremos, estamos por construir una casa con [su pareja], y un montón de cosas (...) qué sé yo, yo pienso que el año que viene quiero estudiar. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación).

Bueno, nuestros objetivos eran yo poder seguir capacitándome en mi profesión que me gusta, y por ahí tener otras cosas, comodidades que uno por ahí se propone, si puedo hacerlo las quiero tener, y cuando nos enteramos fue como que ninguno de los dos, fue como decir no lo queremos ahora. (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

La relación con los varones que participaron de la concepción y la situación específica de ellos muy frecuentemente forma parte de lo que las mujeres consideran a la hora de decidir abortar:

... yo no quería, con una separación o con una persona al lado que estaba enferma y que tampoco me podía acompañar... (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

... decidí abortarlo porque aparte en ese momento yo a mi pareja ya no la tenía acá, ya se había ido... (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).

En ocasiones, las mujeres buscan y obtienen la compañía del varón en la decisión de abortar y en otras ocasiones prefieren

no dar aviso ni requerir su ayuda. Lo que se hace evidente en las entrevistas es que cuando ellas están decididas, el acuerdo y acompañamiento del varón no parece tener mayor importancia:

Entonces vine y le dije a [su pareja], yo lo pensé bien y no quiero. Si vos querés o no, no es mi problema. Si no lo aceptás, te vas (...). Y en mi cuerpo mando yo, no mandás vos. Porque la que pasa las consecuencias soy yo, no vos. Entonces él me dice: ¡Ay! Entonces ¿qué hago? Está en vos la decisión, si seguís conmigo o no. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

Y no, él no quería [optar por un aborto]. Al principio no quería y bueno, después pasaron los días y yo le dije y bueno, que si él no me acompañaba yo lo iba a hacer sola. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación).

Otro de los argumentos que aparecen expresados con firmeza y de manera frecuente en las entrevistas es el que toma en consideración las cuestiones económicas y la imposibilidad de asumir la carga de trabajo de cuidados que implica la crianza de un/a hijo/a:

... estar embarazada era traer a otra persona... a un bebé que no lo iba a poder mantener yo tampoco... en ese momento, como te digo, no estaba trabajando. (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).

... yo ya estaba decidida, o sea, la decisión la quería tomar y era esta, la de abortar, no me veía y no me veo en condiciones de traer a alguien al mundo y cuidarlo y darle las cosas que merece. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

Las entrevistas en su conjunto indican que tanto las mujeres que ya tienen hijos/as como las que no los/as tienen, evalúan su situación económica y social a la hora de decidir sobre la conti-



nuidad del embarazo. Incluso en los casos en que las decisiones son muy apasionadas y expeditivas, las mujeres reflexionan sobre sus posibilidades actuales de criar un/a hijo/a y de brindarle el sostén económico y social necesario:

No quiero tener este bebé, ¡no puedo tenerlo! No puedo de ninguna manera. Tengo que mudarme, no sé dónde voy a vivir, no tengo un laburo estable, estoy laburando por hora. ¡Está todo mal! (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

### **“Quería y a la vez no quería”. Vacilaciones, contradicciones y demoras**

En las entrevistas realizadas para esta investigación encontramos que algunas de las mujeres atraviesan momentos sumamente conflictivos y tardan más que otras en afirmarse en la decisión de abortar. En estos casos, se trata de decisiones que surgen y se sostienen luego de atravesar múltiples vicisitudes que las hacen vacilar y que las involucran a ellas y también a las personas que las rodean. Algunas de ellas experimentan serias contradicciones en el plano ético y moral. Otras mujeres esperan con la expectativa de que los problemas de pareja se resuelvan o se toman cierto tiempo para evaluar si la pareja asumirá las responsabilidades asociadas a un rol paterno. Algunas entrevistadas deben atravesar miedos relacionados con los posibles riesgos de realizar un aborto en el segundo trimestre y otras se enfrentan a profundas ambivalencias y dudas con respecto a la posibilidad futura de ser madres.

Se trata, en estos casos, de situaciones atravesadas por intensos momentos de confusión y parálisis que retrasan la decisión mientras el embarazo continúa avanzando. En una parte de los casos, las mujeres cuentan con personas cercanas (madre, padre, amigos/as, pareja, entre otros/as) que las acompañan, las ayudan a sortear las contradicciones y a sostener el propio deseo. En

otros casos, la decisión se complica aún más cuando las personas más cercanas fomentan el miedo y la culpa, las agreden o las dejan solas en esta situación.

El fuerte contexto histórico de estigmatización y criminalización social del aborto hace que algunas mujeres experimenten intensas contradicciones de tipo moral y ético que dificultan y retrasan la decisión:

A lo primero me costaba mucho asimilarlo. Yo pensaba, ¿cómo voy a hacer esto? Es una vida humana también. No tiene la culpa. Y a la vez también pensaba ¿cómo lo voy a traer sabiendo que no tengo nada para darle? Sabiendo que lo voy a traer solamente para hacerlo sufrir, para pasar miseria en realidad. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Ciertas mujeres dilatan la decisión de abortar a la espera de que se aclaren conflictos de pareja. En estos casos, ellas condicionan la posibilidad de ser madres a contar con el acompañamiento y el apoyo del varón que participó de la concepción. Desde que se enteran del embarazo y lo comentan con sus parejas, a su manera, ellas evalúan su relación de pareja y la actitud del varón:

Y bueno, decidí eso porque él no apareció en todo el viernes, no apareció en todo el sábado y no apareció en todo el domingo. Apareció recién el día lunes. Dije: ya está. (A-16, 32 años, 23 semanas de gestación).

Otras mujeres experimentan formas de ambivalencia y confusión cuando desean tener un/a hijo/a, pero las circunstancias (económicas o de la pareja) cambian súbitamente. Una mujer —que vive en un barrio periférico de una ciudad patagónica y es madre de cuatro hijos/as— narra que hubiera continuado el embarazo si no fuera porque se encontró ante la novedad de que su marido había sido despedido de su trabajo:

Y él se quedó sin trabajo y yo sin trabajo y la verdad que no... fue redreprimente para nosotros que él se quedara sin trabajo, muy mal, muy tristes los dos (...) Así que bueno, ahí dije no (...) no tengo ninguna entrada económica y eso me llevó a hacer el último aborto, porque si lo hubiera tenido [un trabajo], hubiera seguido. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

En algunos casos, como el de A-1, hay un deseo de tener un/a hijo/a que entra en contradicción con las circunstancias que rodean el embarazo. La nueva y precaria situación económica que enfrentan A-1 y su pareja ocasiona retrasos en la decisión, como ella misma explica:

Demoré en llamar, no usé muy bien el tiempo (...) no, no llamé enseguida, porque como te digo estaba en el momento que era más sí, seguirlo [al embarazo], que no. Y no, empezaron a pasar los días y no, no, no, no (...) empecé a sentir que no. Ya viví una situación así con mis hijos, de no tener, de rebuscártela con la comida y todo... y es muy triste [se angustia, llora, se le ofrece un vaso de agua y un pañuelo descartable, se repone y sigue hablando]. Perdón. Tenía cinco meses ya. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

Como A-1, otra entrevistada deseaba tener un/a hijo/a pero, una vez embarazada, las circunstancias hacen que decida abortar. A-4 había planificado tener un/a hijo/a con su novio y por eso había dejado de utilizar pastillas anticonceptivas. Pero la novedad del embarazo profundizó los conflictos de la pareja y las situaciones de violencia que ella padecía de parte de él. Como resultado de esa situación, sumado a sus creencias religiosas, ella experimentó el proceso de decidir abortar con enormes contradicciones que retrasaron su decisión. En su relato se expresan de manera ejemplar los estados de intensa confusión que enfrentan algunas mujeres que abortan en el segundo trimestre:

Siempre tuve esta contradicción en realidad, en todo el embarazo, quería y a la vez no quería, quería hacerlo y no quería hacerlo, sentía que esto me iba a venir bien [tener un/a hijo/a] (...) era algo que yo sentía, que era algo mío y que yo iba a tener el cargo de conciencia (...) de hacerlo, de abortarlo. Yo le decía a mi mamá, no lo puedo matar, es mi hijo. Pero mi mamá me decía, tampoco puede venir a sufrir. Y también lo pensás por ese lado, va a ser para que sufra. (A-4, 22 años, 18 semanas de gestación).

Sometida a graves situaciones de violencia psicológica por parte de su pareja, A-4 lidia además con al menos tres horizontes de conflicto al mismo tiempo: con el deseo que había proyectado de tener un/a hijo/a (“sentía que esto me iba a venir bien (...) era algo que yo sentía, que era algo mío”); con la carga moral y religiosa que la arrastra a considerar que abortar sería “matar” a su “hijo”; y con la idea (apoyada por su madre) de que llevar a término el embarazo en ese momento traería sufrimiento para el/la futuro/a hijo/a. Panoramas subjetivos y sociales extremadamente complejos como este no son la excepción cuando se trata de abortos en el segundo trimestre. En estas situaciones de enorme exigencia no es extraño que algunas mujeres demoren más que otras en decidir la interrupción de un embarazo.

## **Violencia machista y violencia sexual**

De las veintitrés entrevistadas para esta investigación, diecinueve comentaron haber sido víctimas de distintas formas de violencia machista, ya sea psicológica, económica, física o sexual. Cinco de ellas mencionaron específicamente que la noticia del embarazo provocó situaciones de violencia por parte de sus parejas o profundizó las actitudes agresivas hacia ellas (A-2, A-4, A-6, A-10, A-12). Una de las entrevistadas cuenta

que su embarazo fue producto de una relación abusiva que incluyó violaciones reiteradas y un intento de asesinato (A-8).

La lectura de las entrevistas en su conjunto nos orienta a afirmar que las situaciones de violencia que sufren las mujeres gestantes tienden a disminuir su capacidad para confirmar de manera temprana los embarazos y para tomar decisiones rápidas y firmes sobre su no continuidad. Es el caso de A-4 —citado al final del apartado anterior—, en que ella toma la decisión de interrumpir el embarazo con prontitud y contacta a las socorristas de Neuquén, pero luego vacila y retrasa la decisión porque su pareja quiere reconciliarse con ella:

... y estaba de siete u ocho semanas; dije ya está y me junté con las chicas [socorristas]. En ese momento estaba muy segura de hacerlo, estaba peleada con él. Volvió, me volvió a endulzar, se me alinearon los planetas, volvió a caer en lo mismo, que él iba a estar conmigo, me convenció de que sí, voy a estar con vos (...) estuvimos no sé si un mes y de vuelta la pelea y ya desde ahí, ya. Siempre por lo mismo [se refiere a episodios repetidos de violencia] (...) A las dieciocho [semanas] tomé la decisión. (A-4, 22 años, 18 semanas de gestación).

El relato de A-4 muestra que ella era vulnerable a los vaivenes y a la manipulación de su pareja violenta. Esa situación de sometimiento hizo que ella demorara la decisión de interrumpir el embarazo. Otras mujeres, también sometidas a formas de trato violento por parte de sus parejas, refieren situaciones de gran confusión cuando ellos pretenden imponer un aborto al enterarse del embarazo:

Yo pensaba en hacerlo, pero también pensaba en mí, en mi salud, en cómo voy a salir de eso, y él [decía] ¡no! ¡Tenés que abortar, tenés que abortar! (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Empecé a recibir muchos mensajes, a recibir mucha violencia psicológica de parte de él: ese guacho no va a nacer, te lo voy a sacar por la boca, hija de puta, y cosas así. (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación).

Cuando la voluntad del otro quiere imponerse y pretende arrastrar la de ellas, tomar una decisión propia puede convertirse en una tarea muy difícil. En otros casos, las mujeres buscan la compañía y comprensión de su pareja en el momento apremiante de la decisión y lo que reciben es culpabilización, indolencia y más violencia. Algo así le sucede a A-10, quien en otra parte de la entrevista dice haberse quedado “paralizada” ante el test positivo de embarazo porque “sabía” que su pareja “no lo iba a tomar bien”:

... yo me largué a llorar y le dije, ¿qué... me vas a pegar ahora que sabés que estoy embarazada? [...] [Él contesta] bueno a mí no me importa lo que a vos te pase porque yo estoy mal. Entonces a mí no me importa, dice, si tenés que irte a hacer un análisis o algo, problema tuyo, porque yo estoy mal. Y yo me sentía re-mal y encima me sentía sola, lo sentía como que estaba en otra cosa, había empezado a salir casi todos los días con los amigos esos que tiene y volvía al otro día a las diez de la mañana y cosas así, no le podías decir nada porque se calentaba y empezaba a putear, no, no, un desastre. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

Atravesando una enorme cantidad de dudas que se suman al maltrato por parte de su pareja, la salida de la situación para A-10 es terminar con toda la situación que la tenía padeciendo de una sola vez:

... después ya agarró las cosas y se fue (...) y eso fue lo que me terminó así de confirmar toda la decisión (...) ahí dije: ¡No,

basta, ya tengo que terminar con todo esto! ¿Me entendés? Ya no quería nada de toda esa relación, ni el embarazo, ni estar con él, ni nada. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

En el caso de algunas de las entrevistadas, las dificultades que encuentran para salir del vínculo violento están estrechamente relacionadas con la demora en la decisión del aborto. Se trata de establecer un corte que no es sencillo para ellas.

A-8 es una mujer que vive en un pueblo de la Patagonia y trabaja como empleada. En su entrevista narra con detalles las idas y vueltas de una relación de pareja en la que era víctima de violencia extrema. Las amenazas, el maltrato verbal, las violaciones reiteradas y las agresiones físicas graves formaban parte de un paisaje cotidiano en el cual ella se sentía atrapada. Luego de un episodio en que su pareja intenta asesinarla, A-8 busca apoyo entre personas cercanas, realiza una denuncia penal, consigue una orden judicial de alejamiento para él y logra terminar con la relación. Pasados varios meses en los cuales ella siente el alivio de haber logrado “sacárselo de encima”, comienza a sentir dolores abdominales que la hacen acudir a un servicio de salud. Para su absoluta sorpresa, allí confirma un embarazo de dieciocho semanas:

... nunca, ¡jamás! relacioné que toda esta situación de las... de una de las tantas veces que él... mmmm... abusó de mí, yo podría quedar embarazada. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Con la incredulidad todavía a flor de piel, ella rápidamente decide que no continuará con el embarazo. En el centro médico donde se atiende le dicen que debe resignarse y tener el/la hijo/a en lugar de brindarle acceso expeditivo a un aborto legal, como correspondería por tratarse de un embarazo proveniente de una violación. Al final, A-8 logra contactar a las socorristas de su

pueblo y ellas articulan toda una red de cuidados que hace posible el aborto. El servicio de Socorro Rosa responde a la firme voluntad y a los poderosos argumentos de ella:

... el cuerpo es mío —decía yo— y yo no puedo... eso surgió a través de una violación ¿qué clase de embarazo es? (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

### **Una carrera de obstáculos contra el tiempo**

Una vez que las mujeres toman la decisión de abortar, se enfrentan con un contexto sociocultural en el cual el aborto está criminalizado, no es accesible en las excepciones contempladas por la ley y resulta, aún hoy, una práctica altamente estigmatizada. Más resistencias todavía se encuentran cuando se trata del aborto en el segundo trimestre. Las entrevistas muestran que hay múltiples barreras y obstáculos para las mujeres que buscan acceder a un aborto —en especial si ya se encuentran cursando esta etapa del embarazo—, lo que hace que la efectucción del procedimiento se retrase aún más.

De forma específica, es posible afirmar que una buena parte de las entrevistadas que ya han confirmado el embarazo y están decididas a interrumpirlo, no acceden de modo rápido y fácil a información confiable ni a atención adecuada. Incluso en los casos correspondientes a las entrevistadas con mayores recursos económicos, culturales y sociales, las dificultades en el acceso a información certera y atención oportuna son múltiples. No es de extrañar, entonces, que las mujeres de menores recursos experimenten mayores dificultades aún.

Las situaciones narradas en las entrevistas son apremiantes porque el proceso del embarazo avanza inexorablemente y las protagonistas quieren saber si lo que les está sucediendo “tiene vuelta atrás”. Es decir, necesitan saber si pueden volver al estado en que estaban antes de embarazarse. Algunas de ellas se enfren-



tan, en concreto, a la posibilidad de que no haya “en dónde” ni “con quién” hacer un aborto en ese tiempo gestacional:

Se me cruzaban veinte mil cosas por la cabeza, porque yo decía bueno, si no encuentro en dónde, con quién, qué sé yo, lo voy a tener que tener, y bueno ¿qué hago? Lo tengo, lo doy en adopción, me lo quedo, no sabía, tenía ochocientos mil cosas en la cabeza. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

Tratándose de una práctica estigmatizada y criminalizada, la incertidumbre y la desesperación suelen dominar fragmentos importantes de los relatos. En una buena parte de los casos, las mujeres concurren a instituciones de salud, pero solo a veces encuentran allí a un/a profesional que las orientará a buscar el acompañamiento de las socorristas:

Fuimos a un solo médico que fue el que me dijo de cuántas semanas estaba. Me dijo que no, no tenía solución y que tenía que ir comprando los pañales. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

¡Ya está! [le dijo el médico] No podés hacer nada, tenés que tomártelo de la mejor manera porque ya el bebé está grandecito. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Fui al Castro Rendón [hospital provincial] a ver a la ginecóloga y me dijo que ella no me podía ayudar, que tenía muchos meses ya, que tuviera cuidado, porque podía arriesgar mi vida. Pero, ahí fue cuando ella me las nombró a ustedes [a las socorristas]. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

... no sabés adónde ir, no sabés con quién hablar, ¿a quién le preguntás? No le podés preguntar a cualquier médico porque te pueden sacar cagando, te pueden denunciar. Tengo una

amiga que es obstetra, que fue la que me hizo el contacto con las chicas [socorristas], pero hasta que llegué a mi amiga ya habían pasado varios días, por lo menos una semana. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

En el proceso de la búsqueda para acceder al aborto, el tiempo avanza hasta que, finalmente —a través de una amiga, de publicaciones callejeras, por internet, o a través de profesionales médicos que las “derivan”—, las mujeres se encuentran con las Socorristas en Red. Como se puede ver en el segmento antes citado y en el próximo, el tiempo pasa y la “desesperación” crece mientras ellas se dedican a la búsqueda de información y atención, a la persecución de múltiples pistas y a la recuperación de viejos contactos:

... [anteriormente] había hecho un aborto con una médica (...) entonces traté de buscarla (...) hasta que iba, la buscaba, iba al otro día y la buscaba y me fue comiendo el tiempo. Empecé a desesperarme porque ya había pasado mucho tiempo y no quería tener este bebé. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

Hemos registrado que dos entrevistadas de la zona centro del país, buscando acceder a un aborto por fuera del sistema de salud, se encontraron con grupos antiderechos que se articulan con el objetivo de atemorizar y persuadir a las mujeres que desean abortar, para que continúen con embarazos, actuando también como un factor de dilación:

... encontré en el diario una cosa que decía: si necesitás ayuda... embarazos indeseados, si necesitás ayuda, tal número. Y fui... fue el encuentro más loco que tuve en mi vida (...) me empezaron a hacer una ficha (...) me preguntaron a dónde había sido el otro aborto (...) Pusieron la peli y apenas empezó la música yo ya... yo ya sabía todo. Un video más morbosos, pero ¡morbo-

so, morbosos, morbosos! (C-4, 18 años, 17 semanas de gestación). También caí en una red (...) un teléfono que sale publicado en el diario, que está en internet, de una red de no sé, el *opus dei* será, no sé (...) Salí huyendo (...) Entonces me quedaba la sonda o resignarme y tener un hijo más, que no quería (...) fui a todas las clínicas, iba a las clínicas, a los consultorios, llamé a todos los consultorios de todos los barrios. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

La criminalización, el estigma social, y la falta de información y de servicios de salud dispuestos a atender estos casos hacen que algunas mujeres intenten prácticas poco confiables o claramente inseguras para abortar, antes de lograr entrar en contacto con las socorristas. Estas prácticas también llevan a innecesarias demoras de la interrupción efectiva y segura del embarazo:

Pasaron catorce semanas. ¿Por qué? Porque yo empiezo a trabajar en el [mercado] concentrador, entonces al hacer fuerza y todo, yo dije bueno, listo, ¡sshuki! ¡Se va! [hace un ademán con las dos manos expresando una expulsión]. Pero no. (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación).

... los dos primeros meses (...) me hacía té de orégano bien cargado, porque me habían dicho que el orégano, había leído que el orégano era abortivo, el tilo, la ruda. Tomé de todo. Hasta que un día le digo a mi mamá, mirá, para mí, no sé si esto va a funcionar. (A-4, 22 años, 18 semanas de gestación).

Resulta que él [su pareja] después habló con (...) un curandero, y le consultó nuestra situación, de que yo estaba embarazada, estaba de tantas semanas, y que si él podía hacer (...) algún trabajito o algo para poder hacérmelo perder (...) y supuestamente me mandó un par de... de recetas, qué sé yo, que tomara un té de no me acuerdo qué hoja todas las

noches (...) yo estaba totalmente esperanzada de que... de que este señor (...) pudiera hacer su trabajo y... y no, fueron pasando las semanas y no pasó nada. (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación).

Otras mujeres encuentran información acerca del aborto con medicamentos por fuera del dispositivo de las Socorristas en Red, pero —sobre todo cuando se trata de mujeres de escasos recursos— se topan con dificultades para comprar los medicamentos, dadas las restricciones a su circulación y su alto precio en el mercado ilegal. En ese transcurso, también va “pasando el tiempo”:

... lo que pasa es que se me empezó a complicar con el trabajo y por ahí las pastillas eran un poco caras también y no podía nunca, no llegaba nunca a juntar la plata para poder comprarlas (...) siempre estaba esperando, o bueno, la otra semana, la otra semana y así se me fue pasando el tiempo. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación).

... pero como yo no tenía trabajo (...) y estaba buscando el medio para agarrar y sacar el dinero para poder comprar las pastillas, porque el tipo me pedía como mil pesos (...) entonces como que no es muy fácil conseguir mil pesos... [se ríe tímidamente] y por eso es como que tardé en recaudar el dinero para ir a comprar la pastilla. (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).

Una vez que acceden a la medicación, algunas de las mujeres no están aún en contacto con las socorristas y no tienen información correcta sobre el modo de uso y la posología adecuada, por lo que sus intentos son fallidos (A-12, B-1, C-3):

Las tomé, pero debe ser que todo lo hice mal. Las tomé mal o algo así (...) Bueno, no pasaba nada, después me tomé dos,

me tomé casi una caja, casi una caja y no me sirvieron de nada. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

En otros casos, el aborto se demora porque el tratamiento medicamentoso no funciona por distintas razones y ellas deben repetirlo más de una vez (A-11, C-2).

### **Las socorristas y el alivio de encontrar una solución**

Como mostramos hasta aquí, muchas y muy complejas son las circunstancias que hacen que las mujeres decidan abortar y necesiten acceder a la práctica en el segundo trimestre de embarazo. En cada una de las entrevistas la temporalidad tiene un espesor y una densidad que no puede contenerse en el dato objetivo de la cantidad de semanas de embarazo. Formas de urgencia, de determinación, de desesperación, de incertidumbre, de duda y de negación se enredan en los relatos con las situaciones de violencia que viven algunas de las entrevistadas y con los retrasos impuestos por la falta de información y atención adecuada, producto de la estigmatización y la criminalización.

Los resultados de esta investigación muestran que el aborto en el segundo trimestre del embarazo es una necesidad que no está siendo atendida de manera adecuada por los servicios de salud en la Argentina. En sintonía con la literatura especializada (Harries y otras, 2007; Harris y Grossman, 2011; Grossman, 2016), el análisis de las entrevistas corrobora que —por distintos motivos que traman lo fisiológico con circunstancias personales y sociales— muchas mujeres confirman sus embarazos de manera tardía.

Ante la novedad, solo algunas mujeres pueden tomar decisiones expeditivas y tienen recursos (económicos, culturales, sociales, subjetivos) suficientes para proceder de forma veloz a la búsqueda de servicios de aborto en un contexto restrictivo. Para otras mujeres, la decisión es un proceso más difícil y que lleva más tiempo. Algunas gestantes, por sus convicciones religiosas

o morales, deben atravesar profundas contradicciones antes de tomar una decisión. Otras experimentan intensas ambivalencias con respecto a la posibilidad futura de ser madres y a las consecuencias sociales que la maternidad traerá consigo. También hay mujeres que necesitan tiempo para evaluar tanto su situación de pareja como la disposición del varón para asumir o no las responsabilidades asociadas al rol paterno. En especial, las mujeres que sufren distintos tipos de violencia por parte de sus parejas o cuyos embarazos provienen de una violación se encuentran en posiciones más precarias para confirmar tempranamente un embarazo y sostener una decisión propia. En suma, el análisis de las entrevistas revela que la decisión de abortar puede ser un proceso que lleva cierto tiempo, sobre todo para mujeres en posiciones de mayor vulnerabilidad social o que son víctimas de violencia machista.

La lectura de las entrevistas permite afirmar también que la criminalización y la estigmatización del aborto producen preocupantes demoras que retrasan la decisión y la efectuación de abortos tempranos. El estigma asociado con el aborto y el miedo a sus consecuencias en un contexto restrictivo, así como la dificultad en el acceso al medicamento, la falta de información confiable y la insuficiente oferta de atención médica respetuosa, hacen que las mujeres se vean expuestas a prácticas potencialmente peligrosas para su salud y que retrasen tanto las decisiones como la efectuación de la práctica de interrupción del embarazo.

En este contexto social, el servicio de Socorro Rosa está orientado, ante todo, a responder a las necesidades de las mujeres que requieren abortos seguros, incluso en el segundo trimestre de embarazo. Para todas las entrevistadas de esta investigación, cierto sosiego llega cuando se encuentran con las socorristas, luego de atravesar mayores o menores dificultades hasta tomar la decisión y contactarlas. En ese encuentro, las mujeres descubren que “hay una solución”. Alguien les dice que pueden acceder a un aborto seguro con medicamentos, que no es inexorable el pro-

ceso de gestación que está teniendo lugar en sus cuerpos y que no necesitan aceptarlo como una condena si no lo desean. Las mujeres reciben una escucha atenta a sus necesidades y a sus deseos, que no juzga las razones por las cuales llegaron al segundo trimestre de embarazo. La sensación, y la palabra clave utilizada en este momento de las entrevistas, es sin dudas el “alivio”, e incluso, en algún caso, la “alegría”:

Iba re contenta y llena de preocupaciones, por un lado; pero por otro iba, ya iba re aliviada. Me sentía aliviada de saber que iba a poder tener solución. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Alivio, porque cuando nos juntamos a hablar me dieron el gran alivio de decir que en poco tiempo iba a salir de eso. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

... un momento antes de que ellas me dijeran que se podía y todo yo pensé que no se iba a poder, por la cantidad de tiempo, y cuando me dijeron que sí se podía, sí, sentí como un alivio por eso. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

Como que todo yo lo veía menos diez [se ríe] y cuando me contacté con la socorrista y todo, como que el ánimo me empezó a subir [con tono de voz alegre, sonriendo]... como que las cosas fueron cambiando (...) me empezó a decir que todavía se podía hacer algo... y ¡nooo! ¡Era como una súper alegría! (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).

## Capítulo 3

Qué ofrece el socorrismo a quienes necesitan abortar en el segundo trimestre de embarazo

---







## Capítulo 3

### **Qué ofrece el socorrismo a quienes necesitan abortar en el segundo trimestre de embarazo**

En este capítulo analizamos, a partir de la lectura de las entrevistas y de los grupos de discusión, el esquema de atención que Socorristas en Red pone a disposición de quienes necesitan abortar en el segundo trimestre. El dispositivo puede ordenarse, como hemos dicho en el primer capítulo, en cuatro estrategias que son también instancias o momentos de la atención. En primer lugar, ocurre el contacto telefónico; luego, sucede el encuentro cara a cara; a continuación se hace un seguimiento a distancia durante el proceso del aborto; y finalmente, se recomienda a las mujeres acudir a controles médicos postaborto. Estos cuatro momentos dan cuenta de la articulación colectiva de un creativo modelo socorrista y feminista de cuidados para el aborto.

También analizamos otros dos aspectos que surgen del material producido para esta investigación y que constituyen la singularidad del dispositivo socorrista. Por un lado, la articulación de vínculos con el sistema de salud, y por otro lado, la construcción de una red nacional de socorristas que provee apoyo en la práctica. Entonces, lo que ofrece el socorrismo a las mujeres que necesitan abortar en segundo trimestre de gestación no es solo el acompañamiento de un grupo de socorristas en un dispositivo conformado por cuatro momentos, sino también una cantidad de articulaciones con el sistema de salud y un conjunto de saberes acumulados en una red nacional de apoyo.

El capítulo finaliza con un análisis de las percepciones sobre el servicio por parte de las propias mujeres que lo utilizaron, y de los nuevos sentidos que ellas elaboran acerca de la legalidad del aborto, a partir de su experiencia de abortar acompañadas por socorristas.

Prestar atención a lo dicho por las entrevistadas revela que lo que ofrece el socorrismo no es solo información para gestionar el aborto, sino que también ofrece formas de compañía y sostén emocional que son fundamentales para las mujeres socorridas. A-9, una entrevistada de 31 años que interrumpió su embarazo a las 14 semanas de gestación, aseguró que “una va a buscar una solución y [las socorristas] saben contenerte”. Las entrevistas muestran que, en su gran mayoría, las mujeres que necesitan abortar en segundo trimestre de gestación llegan a contactar a las socorristas en momentos de intensa ansiedad y preocupación, luego de un largo deambular buscando ayuda y, muchas veces, luego de intentos fallidos con el uso de medicación. El sostén emocional y la ayuda en un momento de gran exigencia es destacado por las entrevistadas:

... tienen un lindo acompañamiento, yo lo pasé y la tuve a ella [refiere a la socorrista] conmigo todo el tiempo desde que empecé hasta que terminé, hablándonos por teléfono. (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

... ella [la socorrista] me dijo que estaba la posibilidad de que yo me vaya a Neuquén, que había socorristas que me podían ayudar y que ustedes iban a estar en todo momento conmigo. Y yo ni la dudé, ¡ni la pensé! (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

## **Primer momento. La llamada telefónica**

El dispositivo socorrista de cuidados para el aborto se activa con una llamada telefónica de las mujeres. Cuando se comunican mujeres que cursan el segundo trimestre de embarazo, se les informa inmediatamente que hay una solución posible, rápida y segura. La conversación se establece desde la escucha atenta y desprejuiciada, con la convicción de que el paso del tiempo hace más compleja o puede incluso llegar a imposibilitar la efectucción del aborto. A partir de estas llamadas, se pone en funcionamiento una especie de maquinaria socorrista basada en dar respuesta a una urgencia y todos los engranajes comienzan a trabajar con mayor velocidad:

... nos vimos [con la socorrista] al otro día [del llamado telefónico]. Empecé el sábado, enseguida después que nos vimos, al mediodía. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

... yo llamo, les comento y ahí me dieron un turno, para el otro día me parece, que viniera a tal hora, y bueno, no juntamos acá, hicimos la reunión entre todas, me explicaron todo y al otro día ya podía empezar. (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación).

Al otro día me llamaron ya ellas para ya hacer una... la primera reunión (...) nos conocimos y me explicaron todo eso, a qué se dedicaban y todos los pasos de lo que era el proceso. (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación).

En consonancia, las activistas que participaron del segundo grupo de discusión dialogaron sobre la necesidad de dar respuestas rápidas cuando se trata de abortos en este tiempo gestacional:

... cuando están de segundo trimestre sí intentamos acelerar ese encuentro, lo hacemos por fuera de lo que está pautado como encuentro fijo. (GD 2)<sup>17</sup>.

... nosotras, las que acompañamos en el segundo trimestre, no tenemos, una vez que tomamos la situación, no tenemos el mismo protocolo y se toman las situaciones como más urgentes. Se hacen entrevistas enseguida. Se trabaja con la angustia, se trabaja reconociendo la angustia. (GD 2).

Las activistas socorristas destacan la especificidad de los abortos en segundo trimestre. Es necesario responder de manera más veloz, alterando los tiempos habituales, y también brindar una escucha y un apoyo afectivo, que tome en cuenta el difícil momento que atraviesan las mujeres en esta situación. Se trata de una tarea de gran intensidad. Ellas aseguran que acompañar a abortar en segundo trimestre implica —siempre y cada vez— trastocar su cotidianeidad. “Tenés que hacer un parate en tu vida”, sostuvo una activista que participó del segundo grupo de discusión.

## **Segundo momento. El encuentro grupal cara a cara**

Luego del primer contacto telefónico, se propone a las mujeres un encuentro presencial con las socorristas, donde pueden también participar otras mujeres en situación de aborto. A veces, las reuniones son grupales y participan otras mujeres en situación de aborto. En otras ocasiones, debido a la urgencia que revisten los casos de segundo trimestre, se organiza una reunión donde se encuentran las socorristas con una sola mujer.

---

<sup>17</sup> Para citar lo dicho por las activistas en los grupos de discusión, en todos los casos, consignamos en primer lugar la sigla GD. Lo dicho en el primer grupo de discusión tendrá la referencia GD1, mientras que lo dicho en el segundo grupo de discusión será referido como GD2.

Estos encuentros —también llamados *talleres*— suelen tener lugar en espacios públicos. Un bar, una plaza o la oficina de un sindicato pueden ser los escenarios donde las socorristas ofrecen la información y, en diálogo con las mujeres, comienzan a organizar los abortos. Para las socorristas, la desprivatización y desclandestinización del aborto comienza por colocar a los abortos en el espacio público.

En los encuentros se desafían los imaginarios sobre el aborto ligados exclusivamente al saber y a los espacios médicos. ¿Quiénes tienen los conocimientos necesarios para provocar abortos en segundo trimestre? ¿Qué relaciones de poder y autoridad se tensionan cuando estos abortos salen de la institución médica? Algunas entrevistadas parecen sorprenderse al encontrarse en una situación que no responde a los cánones propios de la medicina tradicional:

... yo me esperaba algo más formal, no sé, en alguna clínica, con gente... tipo doctores o médicos ¿viste? Más estricto (...) Cuando me citaron en la plaza, tal día a tal hora, me pareció muy muy raro, porque yo decía, pero, ¿cómo? Si son personas profesionales... (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación).

En realidad, me imaginé que eran médicos. Fue lo primero que se me pasó. Que tenían un consultorio privado. Así que, después, cuando llegué acá y vi un montón de señoras ahí sentadas (...) no me imaginaba solamente una reunión, yo me imaginaba otra cosa. Un consultorio y médicas. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

En lugar de encontrar una consulta médica, las mujeres se encuentran en un espacio colectivo donde se favorece la escucha desprejuiciada y se promueve un enfoque político específico acerca del aborto:

No queremos saber cuáles son las razones [para abortar]. Las escuchamos, porque algunas necesitan decirlas, pero cualquiera es válida (...) Tiene mucho que ver con esto de invertir lo que pasa socialmente. Las mujeres muchas veces vienen como de una cadena de no, no, no, negación de una interrupción legal del embarazo, no podés, que los médicos las asusten, que el marido le diga que sos una asesina, entonces de golpe se encuentra con [alguien que les dice] podés, no es tremendo, no es complicado, te tenemos que explicar bien cómo funciona y lo vamos a hacer juntas y te vamos a acompañar. Entonces de golpe es como que hay un alivio, hay como una sorpresa, ¿no? (GD 2).

En el encuentro grupal se busca desarmar los múltiples obstáculos que han enfrentado las mujeres: los estigmas y las formas de culpabilización. Pero, sobre todo, el encuentro grupal parece habilitar potentes resonancias, la circulación de inquietudes y la percepción del aborto como una práctica social que las reúne:

Creo que al ser con tantas mujeres te da la facilidad de abrirte más y también de escuchar que no sos la única que tomas decisiones y que (...) hay personas que también las toman y por distintos motivos. (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

Eran historias diferentes pero siempre se llegaba a lo mismo. Me quedé tranquila porque digo: no soy la única que está viviendo esto; hay muchas chicas que andan en lo mismo. (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación).

¡No soy la única boluda! [Risas] No soy la única a la que le suceden estas cosas y te da un poco más de confianza, también. Había preguntas que hacía la otra chica que yo decía: ¡Ah, mirá! esto se me iba a pasar de largo. También por ese lado estuvo bueno... (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

Dos entrevistadas (A-7 y A-16) dan cuenta de la presencia del miedo, que parece ser un organizador de muchas de las cuestiones que rodean la decisión de abortar en segundo trimestre. Ambos relatos permiten avizorar el modo en que el miedo es un efecto corporal en especial debilitante, provocado, en gran parte, por la clandestinidad y los estigmas asociados al aborto en este tiempo gestacional:

Me sentí asustada (...) cuando me dijeron el día, la hora, de venir acá, venía temblando. Venía con miedo, no sé, qué se yo. Porque no me imaginaba solamente una reunión, yo me imaginaba otra cosa. Un consultorio y médicas. O sea, que como estaba acá, en la zona céntrica (...) Antes de llegar acá, encontré el lugar y digo, ¿paso o no paso? ¿Paso o no paso? (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

Primero sentía miedo, sentía miedo porque pensé que me iba a decir ¿ahora a las 20 semanas se te ocurre hacer...? Como diciendo, ¿por qué no lo hiciste antes? ¿Por qué ahora? O sea, pensé más que nada en eso. Iba re decidida, pero tenía miedo a la vez, tenía miedo [por] lo que me fueran a decir, tenía miedo a eso. (A-16, 32 años, 23 semanas de gestación).

Es posible asegurar que el modelo socorrista de acompañamiento es un intento por contestar empíricamente a los diversos dispositivos que generan miedo y desamparo. Se contesta al poder médico que niega asistencia, al aparato jurídico que criminaliza la práctica y al aparato religioso que culpabiliza. También, el modelo socorrista interpela a las luchas por la legalidad del aborto que producen normativas para permitir interrupciones del embarazo por decisión de la persona embarazada hasta la semana doce o catorce de gestación, y que dejan fuera a quienes cursan embarazos que superan el primer trimestre de gestación.



En las reuniones con las mujeres que necesitan abortar, las socorristas comparten información proveniente de estudios rigurosos, de recomendaciones de organizaciones internacionales y de saberes prácticos sistematizados. Recomendaciones de la OMS (2003, 2012), de las asociaciones profesionales de ginecología y obstetricia (FIGO, 2012, 2017; FLASOG, 2013) y del *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) se combinan con saberes adquiridos en la práctica de acompañar abortos. Toda la información de calidad disponible se pone al servicio del cuidado de la salud de quienes necesitan abortar para contrarrestar las prácticas inseguras de la clandestinidad. La información es clara, precisa, completa y, sobre todo, la seguridad de sus resultados está probada y brinda confianza. Se trata de una experticia feminista construida en la práctica que se ha hecho cuerpo en la experiencia de muchas otras que ya fueron acompañadas con éxito:

Me quedó bien claro, sí, me quedó todo clarísimo, me dieron un folleto con las diferentes maneras de hacerlo, los síntomas que iba a tener, qué es lo que tenía que hacer en caso de... sí, re completo, re completo, y me fui segura [...]. La reunión sí estuvo genial, me parece buenísimo que hagan eso (...), porque si no capaz que yo igual lo hubiera hecho y capaz que lo hubiera hecho mal, capaz que me metía en un quilombo, capaz que me terminaba muriendo por estar desinformada o por tener una mala información. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

Las feministas socorristas hacen referencia a los encuentros grupales como “eventos de resistencia” (Zurbriggen, en Marengo y Fabbri, 2012) donde es posible pronunciar con soltura la palabra “aborto” y organizarse para hacerlo posible. Estos encuentros se alzan contra la maternidad forzada y construyen formas

de afirmación, de seguridad y de cuidado, incluso para quienes deciden no continuar con un embarazo más allá de la semana catorce de gestación:

Más segura, yo salí más segura, y más segura con mi decisión y más segura con lo que iba a hacer también, porque fue como que dije no, o sea, como que tenía mucha garantía, esto te funciona y si no te funciona esto hay algo más, no es que no te funciona esto y nos lavamos las manos y nunca más (...) Yo creo que salí más segura de lo que iba, a mí por lo menos me ayudó [se ríe]. (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Me sentía un poco más aliviada y como que ellas me habían dado una seguridad casi al cien por ciento (...) La seguridad que ellas nos dieron fue tanta que dijimos: bueno, una [vez] más [intentaremos]. Ya había tomado tantas pastillas que una más... (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Yo estaba re decidida. No me sentía mal, nada. Estaba feliz porque estaba como relajada, como que iba a poder encontrar una solución a lo que me estaba pasando (...) Re bien. Hablé con [la socorrista]. Me hicieron sentir re bien, re segura. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

En las palabras de las entrevistadas, lo que sucede en el encuentro excede la transmisión de información segura como la que podría haber en una consejería de salud sexual y reproductiva convencional. El socorrismo se define por la transmisión de la información en un espacio de cuidados atento a la cualidad sensible de cada una de las mujeres, donde ellas pueden sentirse aliviadas, cómodas y tratadas con dignidad:

Y a pesar que es chiquitito [el lugar del encuentro], es como quien diría, acogedor; porque las personas que están

ahí adentro te saben tratar... (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

... estaba aliviada. Estaba muy aliviada. O sea, fue el momento que dije: bueno, realmente creo que se podía hacer, ahí en ese momento realmente creí. Hasta ese momento yo estaba segura que iba a ser mamá otra vez. Hasta ese momento no fue que me llegó la paz. Fue tranquilidad... (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

Las entrevistadas se expresan sobre las sensaciones de bienestar y tranquilidad que se producen en los encuentros con las socorristas. Resulta muy significativo para ellas, ya que hasta el momento del encuentro los relatos suelen hacer referencia a los costos emocionales que tiene el querer desobedecer el mandato de la maternidad obligatoria. La incertidumbre, el miedo y la angustia suelen teñir los relatos. Pero esas tonalidades sombrías se tuercen cuando aparecen los espacios seguros construidos por las socorristas donde vibran otros repertorios afectivos, vinculados con el cuidado y el apoyo colectivo al momento de afirmar el propio deseo de no continuar con el embarazo.

Es importante destacar que en el dispositivo de cuidados que van describiendo las entrevistadas hay mucho más que solo palabras:

Nos calmó (...) Bueno, y ella nos informó, nos contuvo, nos tocó, aunque parezca tonto es una cosa tan importante. Por lo menos a mí me tranquilizó mucho. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

Un acto mínimo y un gesto sin palabras: “nos tocó”. Ese gesto ínfimo de cercanía corporal es significativo para la entrevistada y muestra una disposición ética para la proximidad con la otra. Acompañar es un acto corporal en el que se escucha y se donan

las palabras adecuadas, pero también donde los cuerpos pueden llegar a tocarse, a conmovirse mutuamente y a juntarse de una manera literal.

Las conversaciones entre activistas en los grupos de discusión dan cuenta de cierto *plus* que se da en los encuentros cara a cara y también de la importancia de darles curso a palabras que están vedadas por el estigma en el habla cotidiana:

... muchas chicas que vienen (...) tienen la información, pero quieren algo más, como ese ponerle cara, ponerle también cierto sentimiento, porque la información está pero, eso, muchas ya vienen... [y dicen] sí, sí, ya sé todo, pero bueno, lo quería venir a conversar. (GD 1).

... ves a la mujer que está sorprendida a veces de que está pudiendo hablar sin problema de esa situación, y abre los ojos como diciendo... no lo puedo creer... y se van contentas de haber podido hablar sin problemas de lo que les está pasando. (GD 1).

Le habilitás [a la mujer en situación de aborto] la palabra esa que no está pudiendo decir. Que a lo mejor es la palabra 'abortar', que a lo mejor es la palabra 'feto', que a lo mejor es alguna palabra que no está pudiendo nombrar. Y en eso vos la mirás y le decís 'el feto', 'aborto', 'querés abortar'. Le habilitás esa palabra y se le cambia la cara. Esa sensación de que se le cambia la cara... ay, lo puedo decir y está bien (...) Esa sensación de que en esta intranquilidad lo que me habilita es ese poder hablar, ese poder sentir que estoy acompañada cuando eso que necesito nombrar está habilitado en este espacio. (GD 2).

Interesa remarcar que, en los grupos de discusión, las activistas mencionan estar dispuestas a brindar información, a contener

emocionalmente y a construir un espacio seguro para que las mujeres afirmen su decisión de abortar. Pero ello no implica ocultar riesgos ni situaciones dificultosas que pueden llegar a presentarse. En los encuentros presenciales se “ nombra a las cosas por su nombre” y se invita a las mujeres a colocarse en una posición protagónica, como únicas dueñas de su cuerpo y de sus decisiones:

Nosotras a las mujeres, a todas las que quieren abortar en segundo trimestre, les tenemos que dar toda la información porque ellas sí se van a hacer cargo de lo que van a ver. Y sí, les decimos, va a ser así, va a tener esta forma, vas a tener la placenta, vas a tener que hacer fuerza. Les explicamos que busquen un baldecito, pongan una bolsa y con cinta peguen la bolsa al balde para que no se les mueva, porque a lo mejor tengan que estar mucho tiempo sentadas en el balde. Y que la bolsa no se mueva (...) para que no tengan que tocar después para meterlo de vuelta. Todo eso se lo decimos así, porque si se te mueve la bolsa vas a tener que tocarlo al feto para meterlo adentro y no está bueno, por ahí. O sea, les decimos todo esto así: feto, sangre, placenta. (GD 2).

La franqueza con la que se habla en las reuniones grupales acerca de las cuestiones más espinosas y específicas del aborto en segundo trimestre es destacada por una de las entrevistadas:

[La socorrista] puede decirte lo que podés hacer y los riesgos que podés correr. Porque en ningún momento, ¡nunca me dijo una cosa por otra! Siempre me dijo: mirá, vas a sentir dolores, tu embarazo es grande, es avanzado, son otros los riesgos. Entonces, nunca ignoré nada de eso. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

Informar con claridad sobre lo que sucederá si abortan en segundo trimestre es confiar en la plena autonomía de las mu-

jeros para decidir sobre el destino de sus embarazos. Ni víctimas piadosas, ni criaturas infantilizadas, las mujeres son aquí sujetas plenas, responsables y con capacidad para elegir.

Las dinámicas propias de la organización para brindar acompañamiento podrían dar lugar a cierta burocratización del dispositivo socorrista, por la cual este último, produciendo rutinas fijas e impersonales, perdería la capacidad de generar una atención interesada por los contextos singulares en que abortan las mujeres. Sin embargo, las entrevistadas comentan que en las reuniones presenciales hubo espacio para la consideración de sus particularidades, de su contexto y de sus posibilidades:

Sentí que pude preguntar todo lo que necesitaba, que hubo una atención especial para mi caso en particular, que no fue: bueno, esto se hace así y así y ya está... (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

En consonancia, los grupos de discusión muestran que las socorristas destinan esfuerzos a la elaboración de estrategias particulares en diálogo con las mujeres. Se acuerda con ellas, teniendo en cuenta su situación particular, en qué momento iniciar el procedimiento, cómo manejarse si quienes conviven con la mujer no saben del embarazo, qué hacer si la expulsión no se produce en el espacio proyectado, cómo garantizar el contacto con la socorrista cuando hay dificultades de conectividad, entre otras cuestiones.

Estos factores, relacionados con el trazado de una estrategia adecuada a las necesidades y circunstancias de cada mujer, adquieren especial relevancia en los abortos de segundo trimestre de gestación:

... lo que sucede particularmente para nosotras en los acompañamientos de mujeres del segundo trimestre es que las complicaciones son otras, no necesariamente el proceso de

aborto, sino si está acompañada o no, si la persona con la que ella vive sabe que está embarazada, sabe que quiere abortar, (porque si no, cómo lo disimulamos), si es mejor que lo expulse en el hospital o que lo expulse en la casa. Dependiendo de cada situación, esas son más que nada para nosotras las complicaciones. (GD1).

En el encuentro cara a cara, y a partir del diálogo con la mujer en situación de aborto, se comienzan a delinear las estrategias más convenientes para ella. Cuándo empezar el tratamiento, quién podrá acompañarla en el proceso, si conviene que concurra a un servicio de salud o no, y dónde descartar el producto en caso de que todo suceda en el hogar son algunas de las cuestiones que se delinear en este momento.

### **Tercer momento. Durante el proceso de aborto**

El tercer momento se inicia cuando las mujeres comienzan el tratamiento medicamentoso para abortar. Ya tienen toda la información que necesitan y también cuentan con el apoyo de una socorrista que, por vía telefónica o por mensajes de texto, está atenta al discurrir del aborto y a cualquier duda o eventualidad que pudiera surgir.

Se ha descrito antes que en los encuentros cara a cara acontece algo del orden del alivio, la seguridad, la afirmación de la decisión de abortar. Pero, aun así, varias mujeres explicitan que no desaparece el miedo durante el acto concreto del aborto. Los temores que manifiestan hacen referencia a distintas cuestiones: a perder la vida, a que la medicación no haga efecto, a que en los centros de salud los/as profesionales sepan que se provocaron un aborto y las denuncien, a que sus parejas se enteren cuando quieren ocultarlo, etc. Es que el bombardeo de las pedagogías antiaborto, cargadas de imágenes de muerte y criminalización, se hace cuerpo en las subjetividades y no

se puede desmontar con facilidad. Las entrevistadas hacen referencia a esas sensaciones debilitantes que vinculan miedo e incertidumbre:

¿Sabés todo lo que pensé? Pensé hasta que me podía morir (...) porque ya me había ido en sangre la anterior vez [que se había realizado un aborto inseguro] (...) Tenía miedo, porque no sabía lo que me podía pasar. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

Yo esto nunca lo había hecho, tenía mucho miedo realmente. Porque digo: ¿qué hago? Ya estaba grande y si bien yo no lo quería, tenía mucho miedo y para mí era algo ¡horrible!, ¿no? Creo que para toda mujer es algo feo, es doloroso. Tenía miedo a que me fallaran las pastillas. Las tomé con un poco de desconfianza porque no sabía si me iban a funcionar o no. Aparte no las conocía a ustedes. (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación).

En el momentito que me las tomé obviamente que tenía miedo, tenía ¡miles de miedos! Además, no solamente que el bebé ya estaba grande, tenía muchos miedos de decir: ¡ay! ¡No! ¡¿Y si me muero!?! ¿Y si esto? ¿Y si lo otro? ¿Y si quedo mal? Y mirá si me agarro una hemorragia (...), miles de cosas se me cruzaron por la cabeza. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Mi miedo era que me vuelva a pasar lo que me había pasado en la primera vez [que intentó un aborto medicamentoso] y como que cuando me bajó, me bajó casi nada (...), entonces como que mi miedo era más todavía, ¿viste? Como que estar pensando (...) que no, que devuelta me va a pasar lo mismo, y que no va a resultar y que al final voy a tener que tener... y todas esas cosas que uno se atormenta con eso... (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).



Los relatos de las entrevistadas mencionan que ante los miedos y la ansiedad pudieron contar con el apoyo de las socorristas:

Ellas me pidieron que tratara de estar tranquila, porque si estaba nerviosa era peor (...). Y que no pensara tanto, que leyera un libro, que escuchara música, lo que sea. Así que justo en ese momento yo me había comprado un libro que me gustaba mucho, así que yo me tomé las pastillas y me acosté a leer. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Yo lo pasé y la tuve a ella [refiere a la socorrista] conmigo todo el tiempo desde que empecé hasta que terminé, hablándonos por teléfono. Fue lindo, o sea a pesar de que son momentos medios difíciles, que por ahí uno tiene que pasar en la vida y tomar decisiones difíciles... (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

En las entrevistas, en general, las mujeres refieren haber experimentado los síntomas esperables que genera la medicación (escalofríos, temblores, dolores en el bajo vientre, temperatura):

Bueno, tomé eso, me sentí súper acompañada porque es más me iban a ver y qué se yo y bueno, me acuerdo de la primera dosis, que me dio mucho frío, sí, me dio sueño, me acuerdo... (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Con el segundo [paso del esquema de medicación] empecé a sentir escalofrío y mucho frío. No podía controlar mi cuerpo de las ganas de temblar. Después ya en el tercer paso tenía dolor, un dolor de ovarios, pero muy fuerte. En el cuarto paso empecé a tener fiebre. Fue largo y antes de irme al hospital me tomé la última y eso me ayudó más. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Los abortos en segundo trimestre se caracterizan porque lo expulsado tiene una materialidad cualitativamente distinta respecto de los abortos en primer trimestre. A esta espinosa cuestión relativa a la morfología y al tamaño de lo que se expulsa hacen referencia tanto las mujeres entrevistadas como las socorristas que participaron de los grupos de discusión. Una socorrista que además es médica y que participó del primer grupo de discusión sostuvo que en los abortos de segundo trimestre “hay un cuerpo, que no es lo mismo que un par de células o algo que se puede ir por el inodoro”. Comparando los abortos en primer y segundo trimestre, otra socorrista, durante el segundo grupo de discusión, aseguró que “es totalmente diferente. Desde la perspectiva de ellas que lo están viviendo y para nosotras también. No es lo mismo lo que tienen que ver, lo que tienen que hacerse”.

Dos cuestiones han sido mencionadas por las socorristas como características de estos abortos. Por un lado, el proceso de expulsión puede ser en particular exigente y chocante para algunas mujeres, y generar niveles incrementados de ansiedad y temor. Por otro, para que ese proceso transcurra de manera segura, es necesario que las mujeres actúen con ciertos cuidados. Las activistas feministas que acompañan estos abortos lo saben y lejos están de simplificar y despojar de conflictos a ese procedimiento particular que significa el aborto con medicamentos en embarazos de segundo trimestre:

... vos le vas a decir [a la mujer que aborta] lo que va a ver, lo que va a expulsar, todo lo que va a pasar. Pero también nos pasa mucho en segundo trimestre que vos le decís todo y la mujer te escucha atentamente, pero hasta que no sucede no registra. No es lo mismo que alguien te diga: puede pasar que quedes con el feto colgando, a tener un feto colgando. (GD 2).

Las activistas están preparadas para ayudar a quienes abortan a mantener la calma y a seguir los pasos necesarios para que

todo transcurra de manera segura. A través de conversaciones telefónicas y de mensajes de texto, las socorristas dan apoyo a las mujeres durante el difícil momento de la expulsión:

Nos ha pasado de mujeres que tienen el feto colgando, digamos, y tienen que esperar, se angustian mucho, la pasan muy mal. Y decirles, esperá, va a salir solo, y la mujer llorando. (GD 2).

Las orientaciones que las socorristas otorgan a las mujeres para que puedan atravesar de manera segura el momento de la expulsión también aparecen manifestadas en las entrevistas:

Usé un balde como me habían dicho y una bolsa. Nada más. Al lado del inodoro. Sí, y bueno, ahí fui, me dolía muchísimo, muchísimo, muchísimo, entonces como que hice como fuerza y empecé a expulsar. Pero eran impresionantes los dolores. Me acuerdo que le dije que era como que me salía una bolsita. Entonces yo le decía: es como que tengo un globo, ¿lo reviento? y ella me decía, no, no, no, dejalo. Tranquila. Tranquilízate. Y me dice, intentá hacer fuerza. Me dolía mucho, mucho. Intenté hacer fuerza y expulsé todo. Todo, todo, automáticamente. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

Ampliaremos algunas cuestiones sobre el momento clave de la expulsión, desde la perspectiva de las entrevistadas, en el capítulo 5. Pero aquí es importante señalar que algunas mujeres refieren, para su propia sorpresa, que encuentran menos complicaciones de las esperadas y que proceden con tranquilidad sabiendo lo que corresponde hacer en ese momento. En general son narraciones que dan cuenta de la rapidez del proceso. Así lo manifiestan:

Nunca me imaginé que era tan, tan fácil. A mí no me resultó complicado. Sí hay que aguantarse muchos dolores; pero no fue complicado. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

... las chicas me explicaron bien qué era lo que me iba a pasar y todo, me sentí segura. Aparte, tampoco no tuve... como que no sufrí tanto, no me sentí tan mal, digamos, en ese momento en cuanto a los dolores y todo eso. Fue muy rápido, todo muy rápido fue. En menos de veinte minutos yo... ya se me habían pasado todos los dolores, ya había expulsado, ya estaba normal. No sé, fue muy rápido, muy rápido. (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación).

... no fue doloroso prácticamente, sentí obviamente las contracciones, las fui llevando (...) era temprano a la madrugada, mis hijos no estaban despiertos así que yo estaba tranquila. Lo despedí en mi casa. Controlé la placenta. Esperé la placenta, tardó bastante en bajar. Controlé la placenta, que estuviera toda entera. (...) Esperé un tiempo más y ya después me vestí como para ir al médico. Fui a la clínica. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

En algunos casos, los abortos se completan en el servicio de salud y en otros casos en el domicilio.<sup>18</sup> Que se resuelva una u otra alternativa tiene que ver con un enfoque comprensivo de cuidados que tiene en cuenta no solo la situación de salud objetiva de la mujer sino también su situación personal, como se puede ver en el siguiente segmento:

... en determinadas situaciones sí o sí tiene que ir a la guardia médica porque su compañero no sabe, entonces es importante que resuelva en el hospital y bueno, y lo tiene que hacer así, y no hay otra manera de resolverlo... (GD 2).

---

<sup>18</sup> Este aspecto será ampliado en el capítulo 5.

Los cuidados y el acompañamiento socorrista no culminan, como ya dijimos, cuando se indica cómo usar la medicación. También se acompaña y aconseja en el trazado de estrategias de cuidado como, por ejemplo, la decisión acerca de si acudir o no a un servicio de salud. Otro aspecto sobre el que se trabaja elaborando estrategias es cómo deshacerse del producto del aborto de una manera segura. En el segundo grupo de discusión de socorristas se conversó acerca de las “artimañas” que ellas van construyendo para afrontar este momento. Astucias feministas que se desarrollan cada vez con más destreza y que recurren a las “ingenierías más variadas”:

... nosotras ya últimamente les preguntamos si por su casa pasa el basurero. Y si pasa siempre en el mismo horario. Entonces que prepare la bolsita y que lo meta adentro de la bolsa de basura, y que dentro de la misma bolsa que vaya y se la entregue al basurero: te estás olvidando de esta bolsa y que se fije que la tiren adentro del camión. O sea, que la saque en el momento que va a salir el basurero. Que la controle y lo tiran adentro del camión de basura y ahí ya fue. Ya es imposible de identificar nada, digamos. (GD 2).

... una estrategia que nos estamos dando es que las mujeres llamen a la ambulancia para que la ambulancia retire todo y ellas no tengan que andar, qué sé yo, deshaciéndose del feto... (GD 1).

Con una frondosa imaginación práctica y valiéndose de los más variados recursos, las socorristas logran acompañar todo el proceso del aborto en segundo trimestre. No tienen un único modo de hacerlo, sino una cantidad de recursos que pueden activarse o reinventarse según las circunstancias.

#### **Cuarto momento. Los controles médicos postaborto**

En el instrumento de investigación proyectado para este estudio, casi no hay referencias explícitas con relación a controles médicos postaborto. Cuando los abortos en segundo trimestre no se completan en un servicio de salud, las socorristas recomiendan que los controles se hagan antes que lo habitual. En general, se recomienda a las mujeres que acudan a un servicio de salud a los siete días luego del aborto, para asegurar que este se haya producido de manera completa. También se indican los cuidados que deben seguir en los días inmediatamente posteriores a la expulsión y ante qué síntomas de alarma es necesario concurrir de manera urgente a un servicio de salud (sangrado de mayor volumen, distinto olor o color al de una menstruación normal, cólicos intensos y persistentes, mareos, vómitos, fiebre, escalofríos, entre otros).

Las entrevistas realizadas no permiten dar cuenta de la concurrencia a los controles médicos postaborto. Lo obtenido en los materiales de campo es escaso como para construir y enfocar líneas de lectura promisorias. A pesar de esto, recuperamos aquí dos pistas vinculadas con esos tránsitos.

A-1 asegura en la entrevista que no quiere volver a pasar por la situación de abortar. Abortó cuatro veces en su vida y no es la primera vez que aborta en segundo trimestre. Su concurrencia a controles médicos postaborto incluyen la decisión de ligarse las trompas, aspecto que está concretando al momento de ser entrevistada:

Estoy por operarme, así que no... Estoy decidida a operarme, ya tengo ahí todos los análisis, ya me hice todos los análisis del prequirúrgico porque no quiero volver a pasarlo. Así que fui al médico y ya me hice todos los papeles. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

A-1 concurrió a los controles médicos postaborto y allí, como es correcto, recibió una consejería sobre métodos anticoncepti-

vos en la cual expresó su deseo de realizarse una ligadura tubaria. A partir de entonces, el/la profesional la orientó en los pasos a seguir para acceder a la práctica.

C-1 también comenta en su entrevista que acudió a un centro de salud luego de la expulsión, por recomendación de la socorrista. Allí la atendieron y luego realizó los controles médicos postaborto. Ella asegura haberse encontrado con un “paraíso” en el lugar recomendado por la socorrista:

Y yo la verdad que estaba más tranquila yendo al centro de salud (...) Como les dije, cuando entré a ese centro de salud fue el paraíso. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

Los controles médicos postaborto son fundamentales y las socorristas insisten a las mujeres para que concurran. Son importantes tanto para corroborar que el aborto se haya completado como para que, si la mujer lo desea, pueda tener acceso a un método anticonceptivo acorde a sus necesidades. Sin embargo, en algunos casos, las mujeres resuelven sus abortos y prefieren no concurrir a un servicio de salud. Esas decisiones también deben ser respetadas.

### **Profesionales “amigables” y vínculos con el sistema de salud**

El hacer político de las socorristas y, por lo tanto, también el servicio que ofrecen a las mujeres, incluye un trabajo intensivo con el sistema de salud. Construir y afianzar vínculos con los servicios de salud es una tarea permanente en la cual se consideran de manera especial las obligaciones que tiene el sistema de salud en cuanto a garantizar derechos a las mujeres. Las socorristas han exigido el cumplimiento de esas obligaciones, pero también han explorado en profundidad las posibilidades que pueden abrirse mediante el trabajo en alianza con sectores y profesionales “amigables” dentro del sistema de salud.

En los grupos de discusión de socorristas la temática vinculada a las relaciones con el sistema de salud fue muy dialogada. Esas conversaciones muestran el esfuerzo que ellas están colocando en la construcción de alianzas que mejoren la atención de las mujeres. Estas formas de colaboración entre socorristas y sistema de salud son muy variables y no son posibles en todas las regiones del país.

Una de las formas en que las socorristas comienzan a vincularse con el sistema de salud es mediante prácticas de referencia y contrarreferencia. Es decir, se han ido articulando redes mediante las cuales los/as profesionales de la salud recomiendan el servicio de Socorro Rosa a las mujeres, o bien facilitan el contacto de las mujeres con las socorristas. A su vez, las socorristas refieren a las mujeres a esos/as profesionales “amigables” que las pueden atender en servicios de salud en distintas etapas del proceso de aborto (la ecografía, la expulsión, los controles médicos posteriores). Estas dinámicas de ida y vuelta entre socorristas y sistema de salud pueden advertirse en el siguiente fragmento de un grupo de discusión:

Sí, nosotras tenemos mucha relación con un CeSAC [Centro de Salud y Acción Comunitaria], [en el] que hay una médica, particularmente, pero hay todo un grupo de médicos que son muy amigables, y tenemos una relación muy fluida. O sea, nos derivan chicas, nosotras mandamos chicas, que se hagan la ecografía de control ahí. (GD 2).

Una muestra cuantitativa del volumen de estas redes es que, en 2015, a nivel nacional, las socorristas acompañaron a 2894 mujeres a abortar y el 20% de ellas llegó “derivada” desde distintos servicios de salud. Este porcentaje es aún más alto en ciertas provincias donde estas alianzas están más afianzadas, como Córdoba o Neuquén.

En los grupos de discusión, las socorristas expresaron que construir vínculos con distintos/as profesionales del sistema de



salud permite que más mujeres accedan al servicio de Socorro Rosa:

[El sistema de] salud lo que nos permite es el acceso a las mujeres más vulnerables, yo creo que hasta que no hubo una red importante construida de [profesionales] amigables, la llegada era a mujeres de nuestro entorno, de la misma situación social, con ciertos recursos, y de capital social, económico, que las situaciones de mayor vulnerabilidad han llegado derivadas del sistema de salud; una mujer al lado del río que con unas chapas y un nailon era toda su vivienda, que nunca hubiera llegado a nosotras, porque no había forma, no tenía teléfono celular, no tenía Facebook, no tenía vínculos en común. Para mí el sistema de salud representa eso, la posibilidad desde el centro de salud de llegar es omnipresente de algún modo... (GD 1).

Nosotras particularmente en los hospitales públicos no tenemos médicos amigables hasta ahora, lo que sí tenemos es un grupo copado de psicólogas que está en la parte de salud mental, y sí, el contacto con ellas y el trabajar con ellas nos ha permitido eso, digamos, como que muchas mujeres que de otra forma no llegarían a nosotras, accedan a su aborto y accedan a comunicarse con nosotras. (GD 1).

Cuando los/as profesionales de la salud “derivan” a las mujeres al servicio de Socorro Rosa, ponen en acto un reconocimiento de los saberes y de la experticia de las socorristas para acompañar abortos.

En contextos legales restrictivos como el que existe en la Argentina y donde, al mismo tiempo, avanza la despenalización social del aborto, una articulación heterogénea y diversa como Socorristas en Red no ha cesado de trabajar en la construcción de vínculos con profesionales de salud. Mediante una pesquisa

minuciosa y sostenida, las socorristas han encontrado médicas, médicos y otros/as profesionales de la salud que, en la práctica, se vuelven “cómplices de los abortos” y del hacer socorrista (Grosso, Trpin y Zurbriggen, 2014). Cada vínculo entre las activistas y el sistema de salud puede comprenderse como un acontecimiento (Lazzarato, 2006) que rompe con saberes y prácticas hegemónicas en el ámbito de la salud y, a la vez, genera nuevos modos de saber y nuevas experiencias sobre los abortos.

Sobre todo en los abortos de segundo trimestre de gestación, la construcción de redes con profesionales del sistema de salud aporta seguridades a las mujeres y también brinda tranquilidad a las socorristas:

A mí desde lo personal, a mí me da como mucha más tranquilidad acompañar a mujeres que están también acompañadas por el sistema de salud (...) Para mí es una tensa tranquilidad, nosotras en general tratamos de que vayan a... o que lo terminen haciendo en el hospital... (GD 1).

En efecto, en muchos casos la articulación entre socorristas y profesionales llega incluso a construir la posibilidad de que las mujeres inicien el proceso de aborto con medicamentos en su casa y puedan completarlo en un servicio de salud donde profesionales “amigables” puedan atenderlas.

En los grupos de discusión, las socorristas reconocen además la importancia del diálogo que han podido establecer con médicos y médicas que aconsejan y otorgan información valiosa. Algunos de esos consejos dan cuenta de hasta qué punto algunos/as profesionales de la medicina comprenden el deseo de no ser madres de las mujeres que abortan en un segundo trimestre avanzado:

Son obstetras, médicas. Nos dijeron: chicas, no pueden mandar un feto que nazca vivo porque acá tenemos servicio de

neonatología con toda la tecnología y lo que van a buscar es salvarle la vida al feto. (GD 2).

Lo dicho en los grupos de discusión revela que los vínculos con el sistema de salud y con profesionales “amigables” están en constante construcción y despliegue. El servicio de Socorro Rosa se fortalece y mejora lo que puede ofrecer a las mujeres a partir de estas formas de articulación con el sistema de salud. Estudiar de forma específica los efectos del socorrismo en el sistema de salud y en los/as profesionales “amigables” puede delinear todo un programa de acción investigativa por venir.

### **Redes que acompañan**

Tanto las entrevistas como lo conversado en los grupos de discusión muestran que lo que el socorrismo ofrece a quienes necesitan abortar en segundo trimestre es mucho más que el acompañamiento de un grupo particular de socorristas. La red nacional de socorristas emerge en los relatos como un importante factor de sostenimiento, apoyo e, incluso, cuidado, hacia quienes abortan y acompañan a abortar en segundo trimestre. Para poder acompañar abortos, las socorristas construyen formas de acompañarse y apoyarse mutuamente. Cada aborto se sostiene y hace posible como resultado de una trama de acompañamientos y cuidados feministas de orden colectivo.

Una entrevistada menciona específicamente que, para poder acompañarla, las socorristas de su ciudad recurrieron a los saberes acumulados en la red:

... las chicas [socorristas] después me contaron que era el primer caso de tantas semanas que ellas tenían, entonces habían estado buscando información por todas las otras chicas [socorristas] que también había en la red, y bueno, ahí les habían dicho que en otras partes había otras chicas como yo

y entonces me dijeron que sí, que se podía...(A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

También, a menudo las socorristas hacen referencia a la seguridad, contención y tranquilidad que les aporta ser parte de una trama nacional de activistas. Y es porque la red de socorristas sostiene el hacer de cada activista y de cada grupo:

... nos animamos a ir haciendo esto porque hay una red que sostiene y que acompaña. Yo me siento muy segura. (GD 2).

Yo me sentía como muy contenida en esto de la red (...). Eso siempre ha estado. Entonces en ese sentido yo me sentía re segura. Sabía que cualquier cosa, en cualquier momento, había toda una red, no solo mis compañeras, sino además toda una red de contención como para solventar cualquier duda. (GD 2).

La red nacional de socorristas aparece en los dichos de las participantes como un espacio donde los saberes construidos en la práctica circulan, y donde es posible encontrar acompañamiento y sostén para la tarea que se está desarrollando. Específicamente, hay activistas y grupos que integran esta red que tienen más experiencia y se disponen a apoyar a quienes se inician en la tarea:

Yo estaba en contacto a la vez con R. y con B. [dos socorristas], por cualquier cosa siempre tengo como alguien de referencia, eso me pone más tranquila y me deja más tranquila en el momento de acompañar. (GD 1).

Me comuniqué con las chicas de La Mestiza, me dieron toda la información. Con la mano temblando, porque decía: ¿lo estaré haciendo bien? ¿Me estaré comiendo alguna información? (GD 2).

Entonces busqué ayuda de mis compañeras de La Revuelta. Y bueno, el primer acompañamiento fue asistido y acompañado por las compañeras que tenían más experiencia. (GD 2).

El acompañamiento socorrista que reciben las mujeres que necesitan abortar está sostenido por una red más amplia de acompañamiento y sostén. Las activistas hacen lo que hacen, en parte, porque se saben acompañadas por otras que están comprometidas en la misma tarea:

... las socorristas acompañamos a otras mujeres y nos acompañamos nosotras. [Es el caso del] contacto que, por ejemplo, de Córdoba hacemos muchas veces con las compañeras de Neuquén, ante alguna situación complicada. (GD 1).

El valor político y ético de acompañar no se restringe a ofrecer acompañamiento a quienes abortan sino que se expande y bifurca en diversas direcciones, formas y estilos que aparecen en las palabras de las socorristas:

La estrategia que nos fuimos dando al principio, digamos, y casi todo ese año que siguió, es que cuando nos tocaban mujeres que estaban en el segundo trimestre avanzado, a partir de dieciséis, diecisiete [semanas de gestación], qué sé yo, acompañábamos en conjunto, o sea, además de tener el acompañamiento de la red (...) yo y mi compañera socorrista nos juntábamos en una casa y estábamos juntas al lado del teléfono, íbamos pensando estrategias en conjunto. (GD 1).

La articulación de formas de compañía, solidaridad y apoyo mutuo entre socorristas hace posible estos abortos. Sobre todo en los abortos de segundo trimestre, la compañía de las otras, compartir experiencias y saberes, se presenta como algo fundamental:

El segundo trimestre ha implicado precisamente sentir la potencia de la red, del apoyo entre nosotras, y descubrir que el resto de la red tiene ese mismo nivel de compromiso de poner el cuerpo a la situación. (GD 1).

### **“Te cuidan un montón”, “Esto no es clandestino”**

¿Qué sentidos acerca del socorrismo elaboran las entrevistadas? ¿Cómo evalúan su experiencia y el acompañamiento recibido? Lo que estas mujeres dicen es fundamental para comprender qué ofrece el socorrismo a quienes necesitan abortar en segundo trimestre. Resulta relevante que, en su totalidad, las entrevistadas se muestran satisfechas de haber podido realizar el aborto, así como conformes con el acompañamiento recibido. Varias entrevistadas expresan que su decisión era firme y que otras opciones para abortar podrían haber sido peligrosas para su salud y su vida.

Elaboramos en este apartado las percepciones acerca del servicio de las mujeres que acuden al socorrismo y los nuevos sentidos sobre la legalidad emergentes en lo que ellas dicen. Se preguntó a las entrevistadas si recomendarían el Socorro Rosa y, en general, ellas no dudan en afirmar que pasarían el dato. Una red amplia de solidaridad entre mujeres se expande cuando la recomendación circula de boca en boca. Tres entrevistadas (A-1, A-11 y C-4) comentan que ya han recomendado el Socorro Rosa y sus palabras permiten advertir qué aspectos del servicio valoran (efectividad, seguridad, acompañamiento, confiabilidad):

Me pasó con una amiga, ya, le dije, y sí, ella tenía menos meses, tenía tres meses, creo. Y le resultó. Y por eso, porque es efectivo. Y porque hoy en día no sabés, si confiás en un médico o no, también está eso, la seguridad de uno, la salud de uno. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

Mirá, ellas te acompañan. Fue lo primero que le dije. O sea, te van a acompañar, te van a citar a una reunión. No son mala onda, son piolas, charlan con vos, te acompañan en todo el tratamiento. Nada, eso fue lo que le dije a ella. (A-11, 21 años, 20 semanas de gestación).

Ahí nomás busqué en el Facebook la página y se la pasé directamente y le dije que ahí estaban los números (...) para que ella pudiera ver y pudiera leer también (...). Yo le dije que me había sentido cómoda, que había estado acompañada, que ese era un lugar confiable, que era seguro, que la iban a estar apoyando. (C-4, 18 años, 17 semanas de gestación).

Otras entrevistadas, imaginando potenciales recomendaciones, mencionan cualidades del servicio relacionadas con aminorar los miedos, con brindar una escucha desprejuiciada y, sobre todo, con la organización colectiva para brindar apoyo afectivo y cuidado respecto de las decisiones de las mujeres sobre su vida:

Le contaría mi experiencia y, a ver, que no la van a juzgar, que van a escuchar lo que ella tenga para decir, ¿no es cierto? Que se quede tranquila, que no tiene que tener miedo, que no es algo malo que esté haciendo, es solamente decidir sobre ella, sobre su vida. (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación).

Yo lo que le diría a mi amiga es que no tenga miedo, o sea en el sentido de que, primero le voy a recomendar a alguien (...) que estoy ciento por ciento segura, que ella va a estar muy protegida y que no le van a decir una cosa por otra. Le diría que no tenga miedo, que va a estar recontra cuidada, recontra apoyada. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Sí, sin dudas [lo recomendaría]. Y, porque no sé si otra persona te va a contener y explicar todo tan bien como ellas (...) nadie mejor para mí que ellas; un médico te puede hablar, te

puede explicar cómo es el proceso, te puede explicar todo, pero nunca te va a dar la parte humana, digamos. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

[Lo recomendaría] porque se trata de un grupo que además de contener está de alguna forma organizando lo que va haciendo, como para poder avanzarlo, para poder desarrollar este tipo de ayuda. Que es por abajo, pero se nota que están organizados. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

Algunas entrevistadas aseguran que compartirían su experiencia al momento de recomendar y otras sostienen que no lo harían. Muchas coinciden en afirmar que aconsejarían a otras mujeres que mediten concienzudamente la decisión y, habiendo pasado por una experiencia de aborto en segundo trimestre, también aconsejarían que de ser posible realicen el aborto de manera temprana.

En sus respuestas sobre estas cuestiones, dos entrevistadas aportan un elemento novedoso al elaborar nuevos sentidos de la legalidad en relación con el socorrismo. En sus palabras, la legalidad o la ilegalidad/ clandestinidad no se hacen discernibles a partir de las normativas penales vigentes, sino de dos cuestiones centrales. Por un lado, si te acompañan o te abandonan. Y, por otro lado, si se actúa de manera colectiva o si se actúa en soledad.

Es el caso de A-5, quien contrapone un aborto “ilegal” —con un proveedor cualquiera del mercado clandestino, en el cual no hay una preocupación por lo que sucederá con la mujer— a los abortos hechos por las socorristas organizadas en una “asociación” donde “te cuidan un montón”:

... en el [aborto] que yo te digo que era ilegal [realizado por un proveedor cualquiera del mercado clandestino] te dicen, vos hacé esto, esto y esto, te va pasar a esto y esto y esto y



después maneja sola, ¿entendés? (...) un aborto ilegal era, bueno, te hago esto, fijate si seguís con dolor, andate al médico (...) Nunca pensé que había un grupo que se dedicaba a esto, porque te digo que ni enterada, te soy re sincera. Entonces, como que yo decía: bueno, me lo hago ilegal, ¿iré presa? ¿No iré presa? ¿Estará bien? ¿Estará mal? Entonces como que cuando yo ya a ustedes ya las conocí, era como que ya era un alivio mío (...) mi compañera me contó, dice que vayas con toda la fe, dice que ellas te cuidan un montón, dije: ¡Bueno, listo, al fin hay una asociación! (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación).

En las palabras de las entrevistadas puede advertirse el modo en que organizarse públicamente para proveer abortos seguros colabora en su legitimación y en producir nuevos sentidos sobre la legalidad de la práctica. Las socorristas no necesitan de “fachadas” ni de ocultamientos porque lo que hacen no es clandestino:

Para mí no es clandestino porque ustedes tienen una página. Yo estuve (...) mirando en el trabajo desde la compu (...) y vi muchas cosas, que hay testimonios o hay así cosas que vos podés decir, sí, esto no es clandestino. ¿Lo clandestino siempre tiene una fachada o no? O sea, ponerle que es un negocio pero atrás hay alguien que nos da medicación. (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

## Capítulo 4

### Qué ofrece el sistema de salud ante los abortos en segundo trimestre de embarazo

---





## Capítulo 4

### Qué ofrece el sistema de salud ante los abortos en segundo trimestre de embarazo

Analizamos en este capítulo, a partir de una lectura de las entrevistas y de los grupos de discusión, las distintas respuestas que brinda el sistema de salud respecto de los abortos en segundo trimestre de embarazo.<sup>19</sup> También profundizamos en el análisis de las relaciones que las socorristas establecen con el sistema de salud en estos casos. Resulta necesario señalar que estas relaciones se entablan de manera personal con ciertos/as profesionales de la salud y, en algunos casos, con equipos. Aun cuando estas relaciones no alcanzan a los dispositivos institucionales, consideramos que esos/as profesionales y trabajadores/as son parte activa y constructora de ese sistema de salud comprendido como un todo.

En primer término, describimos lo que surge del material analizado como dos tipos de respuesta que brinda el sistema de salud cuando las mujeres acuden buscando asistencia para un aborto en segundo trimestre. Un tipo de respuesta ofrece malos tratos, abandonos, desamparos y desmoralización, mientras que el otro ofrece diferentes modos de acompañamiento que, de ma-

---

<sup>19</sup> En el análisis no diferenciamos entre sistema público y privado de salud. No obstante, es preciso aclarar que la mayor parte de las mujeres que abortan con socorristas hacen uso del sistema público, ya sea porque no cuentan con coberturas de salud específicas o porque las socorristas establecen más vinculaciones con el sector público de salud y lo recomiendan. Por otro lado, en su hacer activista, las socorristas imprimen mayores exigencias sobre el sistema público.

nera más o menos explícita y comprometida, apoyan la decisión de abortar.

A continuación, analizamos algunas de las estrategias que despliegan las colectivas socorristas para dotar a las mujeres que acuden al sistema de salud de herramientas que las predispongan a ser demandantes activas de derechos y buenos tratos. Para finalizar este capítulo, sistematizamos las reflexiones de dos entrevistadas que ofrecen propuestas para mejorar la atención ofrecida por el sistema de salud y adecuarla a lo que ellas desean.

Las mujeres que acuden al socorrismo para resolver sus abortos son, en general, usuarias activas del sistema público de salud. Los mandatos sociales referidos a los cuidados de otros y otras hacen que ellas tengan un tránsito activo por centros de salud, hospitales, etc. Es quizás por este vínculo cercano con el sistema de salud que las mujeres muchas veces buscan encontrar respuestas y soluciones allí. Aunque eso, en general, no ocurre.

La experiencia socorrista y esta investigación muestran que el método medicamentoso es seguro para abortar en esta edad gestacional y no requiere necesariamente de intervención de profesionales ni de instituciones de salud. Sin embargo, a ellos/as se dirige la interpelación porque son, en efecto, quienes tienen el deber de garantizar derechos para las mujeres que necesitan abortar en segundo trimestre.

## **Malos tratos, desmoralización y desamparo**

A partir de lo relatado por las entrevistadas podemos afirmar que los malos tratos y la desmoralización son respuestas recurrentes que reciben las mujeres cuando acuden a un servicio de salud buscando interrumpir un embarazo. Este tipo de respuestas desalentadoras se agudizan cuando se trata de embarazos en segundo trimestre. Con sus intervenciones, los/as profesionales de salud, lejos de garantizar derechos como deberían, desamparan a las mujeres, las hacen dudar y las atemorizan:

Yo fui, le mostré los test. Le dije que me explicara, y le dije, no lo quiero tener, no quiero traerlo al mundo. No sé vos, pero tal vez alguien pueda darme una receta de unas pastillas, yo sé que hay unas pastillas que puedo tomar para abortar. Entonces ahí me dijo, no, nena, yo no te voy a dar una receta para que vos te mueras. Y yo ahí pensé, ¿en qué me estoy metiendo? ¿Qué estoy haciendo? (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Fuimos a un solo médico que fue el que me dijo de cuántas semanas estaba. Me dijo que no, no tenía solución y que tenía que ir comprando los pañales. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Entonces la doctora agarró y me quedó mirando así con una cara como diciendo: nena, ¿qué es lo que vas a hacer? (...) se empezó a reír, y después me dijo que no, que eso no se podía hacer (...) además de no ayudarme, me metió como más miedo (...) ya sabés que estás embarazada, si te lo vas a hacer vos podés ir presa (...) como que me trató de meter más miedo... (B-1, 24 años, 18 semanas de gestación).

Como analizamos en el capítulo 2, es necesario recordar que en muchos casos el sistema de salud se presenta como un elemento retardatario que juega un rol central en que la decisión y la efectuación de los abortos no pueda llevarse a cabo de manera temprana. Las dudas y miedos inducidos por el personal de la salud, sumado a la negación del derecho a recibir atención e información oportuna, hace que embarazos no deseados sigan su curso y que los abortos se retrasen.

Las entrevistas revelan, asimismo, que el momento de la ecografía es clave porque todas las mujeres acuden a un centro de salud o un hospital para confirmar o reconfirmar, según el caso, el embarazo y el tiempo de gestación. Con frecuencia, esta prác-

tica aparece en los relatos asociada a situaciones de malos tratos. Específicamente, se desconoce o no se atiende la posibilidad de la participación activa de las mujeres en la definición del marco general de esa práctica ecográfica. Por ejemplo, al momento de realizar la ecografía, suele darse por sentado que la mujer desea que ese embarazo siga su curso y, por lo tanto, no se le pregunta qué datos desea saber acerca del embarazo, o si desea ver o no el monitor, o si desea o no escuchar sonidos:<sup>20</sup>

... yo ya sabía que no, que no lo iba a tener (...) cuando me voy a hacer la ecografía, como era tan grande el bebé, ya sabía el sexo y todo, era varón, tenía fecha para el 11 de abril (...) Y ni siquiera me preguntó, ¿quieres saber el sexo? No. [Dijo] mirá es un varón, estás de tanto. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

Entré a hacerme la ecografía, tenía mucho miedo, porque fui sola. Y cuando lo vi... no, no, no, me sentía mal. Fue una situación muy fea, no fue un momento de alegría. Ellos [los ecografistas] tienen la idea de que se quiere ver, a mí no me preguntaron nada, y bueno, como estaba ahí, lo vi. (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación).

En las situaciones relatadas no se tomó en consideración la situación personal de la mujer y tampoco se respetó su derecho a la salud o su autonomía. Resulta en particular violenta la práctica ecográfica relatada por una de las entrevistadas, A-8, quien no sabía hasta ese momento que cursaba un embarazo producto de una violación en el contexto de una relación de pareja gravemente abusiva. Ella narra el diálogo que mantuvo con el ecografista

---

<sup>20</sup> El *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* establece cuáles son los parámetros para la realización de ecografías en el contexto de la evaluación médica previa al aborto.

y el intenso estado de desesperación que se derivó de lo que allí se dijo:

¡Claro! Vi una imagen, una imagen que se veía, se veía (...) yo no entendía nada igual, yo dije, ¡no! ¿Cómo voy a estar embarazada? ¡No, no puede ser! ¡No puede ser! ¡Es imposible! ¡No! Vas a ser mamá y estás de dieciocho semanas ¡Dieciocho semanas! ¿Cómo dieciocho semanas? Sí, estás de dieciocho semanas. Tomá, ¿quierés verlo? No, no quiero verlo (...) Bueno, me dice, hay un montón de chicas que obviamente no lo aceptan porque tienen una vida muy ocupada o esto que el otro, tienen proyectos pero ¡ya está! ¡No podés hacer nada! Tenés que tomártelo de la mejor manera porque ya el bebé está grandecito. Salí del hospital llorando como una loca, no sabía ni para dónde caminar, si quedarme ahí, si tirarme debajo del puente, no sabía qué hacer. ¿Qué hago? ¿Me tiro debajo del camión? Porque yo no podía hacer nada ya para evitar ese embarazo. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Otro momento clave tiene lugar cuando las mujeres concurren a un servicio de salud con un aborto de segundo trimestre en curso, en el momento previo a la expulsión o inmediatamente después de esta.<sup>21</sup> Cuando esto sucede, en ocasiones los/as profesionales se extralimitan y, en lugar de preocuparse de manera exclusiva por atender la salud de la mujer, formulan preguntas acusatorias que configuran distintos tipos de maltrato. A-8 refiere al modo en que logró poner un freno a las acusaciones del personal de salud:

Desde que llegué acá lo único que hicieron ustedes es decirme... todo el tiempo acusarme. No, no te estamos acusando. Me están acusando, me están acusando de que yo hice algo.

---

<sup>21</sup> Profundizaremos sobre esta cuestión en el capítulo 5.



¿A vos te parece? Yo vine re mal acá. ¿A vos te parece que si hubiera querido abortar voy a venir al médico? (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

## **Sobre los tensoos apoyos a la decisión de abortar**

Ninguna de las entrevistadas tuvo la oportunidad de recibir un servicio de aborto en el sistema de salud, aun cuando varias de ellas hubieran encuadrado con toda claridad como casos de aborto no punible. Sin embargo, las entrevistas permiten afirmar que hay profesionales de la salud que apoyan de muy diversas maneras y con distintos grados de intensidad la decisión de abortar de las mujeres. Por eso consideramos que se trata de apoyos que no son integrales sino parciales y en permanente tensión.

Hay trabajadores/as de salud que, como hemos dicho en el capítulo anterior, ayudan a las mujeres facilitando los datos de contacto de algún grupo socorrista. Notamos que esto sucede con mayor frecuencia en ciudades donde las socorristas han construido redes “amigables” con el sistema de salud, como es el caso de Neuquén y de Córdoba. En ocasiones, entonces, los/as profesionales facilitan el contacto, informan acerca de la seguridad del aborto con medicamentos y alertan sobre riesgos de abortar en segundo trimestre, pero sin ánimos de interferir en la decisión de la mujer:

... le dije [a una ginecóloga]: estoy embarazada y no lo quiero tener. Y me dice, ¡Ay...! Entonces ahí me comentó sobre las chicas, me preguntó si conocía a las socorristas y yo le dije que sí, que me habían comentado de ellas y ahí me dio el número. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación).

Fui al Castro Rendón [hospital de Neuquén] a ver a la ginecóloga y me dijo que ella no me podía ayudar, que tenía muchos meses ya, que tuviera cuidado, porque podía arriesgar

mi vida. Pero, ahí fue cuando ella me las nombró a ustedes, también... que había un grupo feminista, que quizás si vos las ves te pueden llegar a ayudar; pero lo único que me dijo fue que no hiciera nada por mi propia cuenta. (A-7, 26 años, 16 semanas de gestación).

Entonces yo le expliqué eso [que quería abortar] a ella [una médica], y ella me dice, bueno, mirá, yo conozco un sitio que se llama La Revuelta que está en Neuquén, tenés que buscarlo por internet... buscalo que ellas te ayudan, te orientan, te van a ayudar. (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

Bueno, en el centro de salud me dicen que estoy de cinco meses y ellos me preguntaron si yo seguía con la misma idea de no tenerlo. Y ahí es donde me dan un número, donde me contacto con [la socorrista]. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

C-1 comentó además que al momento de hacerse la ecografía, recibió información completa, certera y fácil de comprender, tal como propone la Organización Mundial de la Salud en sus recomendaciones de buenos tratos en ocasión de aborto (2012). Las entrevistadas mencionan también que hay médicos/as que, además de facilitar los datos de contacto, generan cierto compromiso a futuro con la salud de las mujeres que atienden; por ejemplo, anticipando la posibilidad de realizar controles post-aborto:

Si tomás la decisión de hacerlo, después vení conmigo, me dijo la ginecóloga. (A-3, 19 años, 14 semanas de gestación).

La existencia de estas “derivaciones” desde el sistema de salud implica un reconocimiento por parte de los/as profesionales hacia la experticia de las socorristas en el acompañamiento de

abortos en segundo trimestre. También, en repetidas ocasiones, las entrevistadas aseguran que los/as profesionales les transmitieron un significativo sentido de confianza en el trabajo de las socorristas:

[La médica] me dice: mirá, nosotros no te podemos hacer el procedimiento acá. Y cuando me dijo eso yo otra vez casi me muero. No te preocupes que yo te voy a contactar con las chicas de la Red de Socorro Rosa de Córdoba y ellas te van a ayudar. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

El sanitarista brasileño Emerson Merhy (2016) explica que las prácticas de salud son decisiones políticas que tienen consecuencias sobre los cuerpos y las vidas de otras personas. Su visión descarta por completo la idea de que las prácticas médicas pueden ser intervenciones netamente técnicas, para considerar los aspectos políticos y éticos involucrados en cada acto de atención médica. En ese sentido, las entrevistas muestran que, ante la necesidad de las mujeres que concurren con un aborto en curso al sistema de salud, algunos/as profesionales responden con formas de atención médica respetuosas y éticamente responsables:

La doctora le había dicho [a una psicóloga] que había un aborto espontáneo. No le dijo la verdad. Porque era algo entre ella y yo nomás, como un pacto. (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

... en la ambulancia [el médico] me preguntó, me dijo: mirá, yo no soy policía, esto queda acá, pero nosotros queremos saber qué fue lo que pasó realmente por tu salud, porque nosotros vamos a cuidar tu salud, obviamente. El feto ya está, está sin vida, sin nada. Así que lo que nos queda es ver tu salud. (A-11, 21 años, 20 semanas de gestación).

Sin embargo, una crítica que se le puede realizar al sistema de salud y, también, a algunas médicas y médicos “amigables” que acompañan de alguna manera la decisión de abortar, es que afirman y reproducen una concepción restringida de la causal salud contemplada en el Código Penal. La definición de salud adoptada por el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* proviene de la Organización Mundial de la Salud. La salud es comprendida desde una perspectiva integral como el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 2006). De modo que, si la causal salud se interpretara con justeza de manera amplia, el espectro de abortos legales tiende a expandirse. En ese sentido, Daniel Teppaz, médico ginecólogo integrante de la Red de Acceso al Aborto Seguro en Argentina (REDAAS), aseguró que “interpretar la causal salud en profundidad, es una forma de interpelar nuestras relaciones de poder, que se ponen en juego día a día, en el espacio íntimo de la consulta, al tiempo que denuncia nuestras falencias como sistema” (Teppaz, 2016: 5).

En una cantidad importante de casos, los apoyos que reciben las mujeres en su tránsito por los servicios de salud son parciales y tensos. En especial, cuando se trata de abortos en segundo trimestre, muchas veces no alcanza con la voluntad individual de garantizar derechos por parte de un/a profesional, porque intervienen tanto otras instancias institucionales de decisión como otros/as profesionales:

Me dijeron que iban a mandar como una carta para ver si era aceptado o no que me pudieran hacer el aborto dentro del hospital, si corría o no dentro de lo legal. Así que a los días me llamaron para decirme que lo habían rechazado. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

... no sabía qué hacer, me puse a temblar, me puse a llorar y él me dijo... de hecho, me abrazó y me dijo: perdóname, no, no, no puedo hacer nada por vos, ¡no puedo! ¡No puedo! Trato de ayudar cuando puedo a las chicas como vos pero, no... en este caso no puedo porque tengo que meter a un montón de gente que está acá adentro y no se puede, me dijo, no se puede porque me voy a meter en un gran problema y yo soy médico, dice. Entonces, no puedo hacer ¡nada! para ayudarte porque tendría que relacionar a mi compañera, a mi compañero, meto a los del hospital, se abre un avispero que... se arma terrible quilombo si yo te hago algo. Entonces yo lo lamento en el alma, y se puso re mal él también. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Algunas entrevistadas comentaron haber recibido un trato de gran calidad profesional y calidez humana. En los testimonios se destacan los gestos de buen trato recibidos sobre todo en momentos de extrema vulnerabilidad, por ejemplo, en los casos en que las mujeres llegan a un hospital con un aborto en curso o inmediatamente después de la expulsión, cuando experimentan dolores intensos:

Me quedé más tranquila cuando ellos me dijeron, mirá, ¿tomaste algo? Ya no podemos hacer nada, igual [por el feto], no podemos hacer nada, pero nosotros tenemos que saberlo para ayudarte después en el proceso, porque te tenés que quedar unos días, ¿entendés?, para que vos te mejores. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Me duele mucho la panza. Me duele un montón, me duele un montón, me está saliendo sangre, le dije [a una médica]. Y me dice, ¿te pasó algo? No, no, me duele mucho, digo, dame algo, que me duele mucho (...) me dice que me quedara tranquila, que me iba a doler un poquito pero que tenía que despedir todos esos coágulos porque era para mi bien. O sea,

me trató muy bien la doctora, las enfermeras también. (A-16, 32 años, 23 semanas de gestación).

Le digo, mire, sufrí mucho, sufrí mucho. Me duele todo. Me duele todo. Vino una doctora y me dice, ya no te va a doler más nada, gordita. Me puso un calmante en la pierna y el doctor muy amoroso se puso el barbijo, gorra, todo y me dice, mirá, fue limpio, fue un aborto con todo... Salió placenta, salió todo, todo limpio. (...) Me dijo que él sabía que yo había pasado por un momento difícil pero que tenía que controlar si había despedido todo, porque si no, se me podía producir una infección, que tenían que evitar todo eso. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

... después vino un médico, la verdad que ese fue el médico de todo el proceso que ¡lo adoré!, fue una persona como con humanidad a la hora de tratarte... viste que los médicos por ahí con tanto estudio pierden un poco que no es un cuerpo nada más lo que tratan. Y ahí ese médico, era de Bolivia, me explicó lo que venía ahora, que era el legrado (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

En cada pedido de aborto ante un/a profesional de la salud y cada vez que una mujer acude a un hospital con un aborto en curso, se pone en juego una demanda ética a la que los/as profesionales deben responder. Algunos/as, como hemos visto en el apartado anterior, responden atemorizando, desalentando u obstaculizando. Otros/as, responden con apoyos cargados de mediaciones, tensos y, muchas veces, insuficientes. Pero estas formas de apoyo son significativas para las mujeres en la medida en que, al menos, abren un horizonte de solución y formas de buenos tratos para ellas, en momentos de extrema vulnerabilidad.

Es una definición política de las socorristas continuar trabajando para ampliar y hacer que estos apoyos sean cada vez

más firmes. Por eso, se valoran los esfuerzos de quienes, en el contexto de condicionamientos que pueden ser severos, favorecen que se sostenga la decisión de abortar. Al mismo tiempo, es necesario evitar la condescendencia hacia los/as profesionales de la salud, porque tienen la obligación de garantizar derechos. Hacia ellos/as se dirige siempre el reclamo y la obstinada exigencia de que cumplan con sus obligaciones.

### **Estrategias socorristas y mujeres preparadas**

En sus prácticas de salud comunitaria, las socorristas preparan insistentemente a las mujeres que necesiten pasar por el sistema de salud para que puedan tomar una posición activa en la demanda de sus derechos. Las entrevistas dan cuenta de una serie de anticipaciones que están basadas en la experiencia socorrista y se ponen a disposición de las mujeres antes de que inicien el proceso de aborto, para favorecer tránsitos dignos en el sistema de salud. Varias entrevistadas narran cómo se prepararon, junto con las socorristas, para llegar al sistema de salud y saber cómo posicionarse ante los médicos, ya sea en el momento de realizarse una ecografía o al llegar al hospital con el aborto en curso.

Lo dicho en los grupos de discusión por las activistas permite advertir que ellas conocen el sistema de salud del lugar donde llevan adelante su actividad, y elaboran estrategias acordes. La Argentina es un territorio plagado de desigualdades en torno a la atención sanitaria. Las mujeres entrevistadas dan cuenta de ello en sus relatos y las socorristas hacen lo propio a través de las estrategias particulares y contextualizadas que diseña cada colectiva. Por ejemplo, una socorrista de Tucumán comenta que no recomiendan a las mujeres que concurran al hospital antes de la expulsión. Al contrario, aconsejan a las mujeres acudir luego, para hacer una consulta con una médica que brinda una atención aceptable desde el punto de vista de ellas:

Nosotras no las mandamos a las mujeres al hospital porque, bueno, las situaciones en el contexto de Tucumán son distintas (...) Se van a hacer el control por consultorio al día siguiente, que es donde hay una médica potable para que lo hagan. Ninguna va [en el momento de la expulsión] a pesar de que hubo veces de que intentamos (...) le tenemos un cagazo bárbaro al hospital en Tucumán... (GD 2).

Esta relación cauta, distanciada y hasta temerosa con los hospitales de la ciudad está basada en la experiencia socorrista y en casos muy concretos de conocimiento público, como el de la joven Belén, quien fue maltratada, denunciada y terminó privada de su libertad por más de dos años luego de acudir a un hospital en Tucumán por una complicación obstétrica.<sup>22</sup>

El miedo de las socorristas a que las mujeres puedan ver afectada su salud parece intensificarse en contextos más restrictivos, donde la articulación con profesionales de la salud es dificultosa. En un grupo de discusión, una socorrista aseguró que ellas sienten una “tranquilidad tensa” cuando las mujeres acuden a un servicio de salud con un aborto de segundo trimestre en curso, en la medida en que se abre un espacio de incertidumbre con respecto al tipo de trato que pueden recibir las mujeres por parte de los/as trabajadores/as de la salud.

El panorama se agrava cuando las mujeres se niegan a acudir al hospital por miedo a ser denunciadas o maltratadas. En ciertos casos, no existen otras alternativas más que acudir a un servicio de salud:

Lo mismo cuando estamos cagadas de espanto porque vayan al hospital, pero no queda otra con que vayan, es afirmarle y reafirmarle que en el hospital no le va a pasar nada y que ella tiene que saber qué tiene que decir... (GD 2).

---

<sup>22</sup> Sobre este caso, véase *Libertad para Belén. Grito nacional* (Deza, 2016).



Las mujeres que llegan al sistema de salud lo hacen preparadas por las socorristas. En todos los casos de aborto en segundo trimestre, por razones de seguridad, no se indica utilizar la medicación por vía vaginal. Las socorristas recomiendan el empleo de la medicación por vía oral o sublingual ya que no deja rastro en sangre y, por ende, si quienes están a cargo de la atención quieren demostrar que las mujeres se han provocado un aborto, no podrán hacerlo. Se transmite esta información a las mujeres para que, en caso de tener que acudir a un hospital, sepan que no existen evidencias de que el aborto haya sido voluntario. Si el contexto de atención es adverso, se les recomienda especialmente que se comuniquen con las socorristas para que ellas estén alertas, que nieguen cualquier acusación, que digan que no saben qué les está ocurriendo e, incluso, que aseguren que no sabían que estaban embarazadas.

El testimonio de una entrevistada muestra hasta qué punto ella sabía que la estrategia de seguridad la protegía:

Había otro médico que es el jefe de ellos de ginecología, que agarró y dijo, no, a esto lo vamos a mandar para analizar. Y ella [refiere a una médica amigable] no se podía negar, y lo mandó si total no había rastros de nada que yo haya tomado algo, nada. Porque eso es bueno cuando lo hacés por boca, que no te deja rastros. (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

A-9 contaba con la complicidad de una médica amigable, pero también sabía que no podía ser acusada con fundamentos y en ello puso en juego un saber transmitido por las socorristas. De modo que el personal de salud solo puede saber que las mujeres se provocaron un aborto si ellas deciden contarlo.

En algunos lugares del país la relación con las instituciones y los/as profesionales de la salud puede llegar incluso a ser colaborativa y, entonces, las estrategias son otras. En el caso que citamos a continuación, las socorristas habían avisado al perso-

nal médico de guardia que llegaría al hospital una mujer con un aborto de segundo trimestre en curso:

Cuando ingresé a la guardia estaba el médico (...) no sé cómo pero se ve que ya sabían algo porque ellos me hicieron pasar enseguida y no me hicieron muchas preguntas, se ve que estaban medio al tanto. Ahí les contamos a los médicos, si bien ellos ya sabían me parece a mí. Mi mamá les dice, no, en realidad ella se hizo un aborto con pastillas y el padre no sabe nada. Y ahí fue que los médicos le dijeron a él [el padre] que me había agarrado una infección, que me tuvieron que internar, en cierto punto para ayudarnos a nosotras. Unos repatas los médicos ¿no? (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación).

### **Lo que las mujeres quieren**

Dos entrevistadas (A-1 y A-10) se animan a elaborar propuestas que surgen de su posición como usuarias del sistema de salud y de la experiencia de haber transitado situaciones de vulneración de su dignidad y autonomía en esos espacios. En el espacio reflexivo de la entrevista, expresan deseos —en la forma de sugerencias— que mejorarían las maneras de escuchar, los tonos de voz y las maneras de dirigirse hacia ellas que tienen los/as profesionales de la salud.

Algunas de las sugerencias que elaboran están en sintonía con cuestiones sobre las cuales las socorristas trabajan. Es el caso del derecho de la mujer para poder establecer qué quiere ver y saber con respecto al embarazo y al embrión o feto en las prácticas ecográficas y en el proceso de aborto. Es posible advertir en lo dicho por A-1 una demanda de buena atención para los abortos en general y para los de segundo trimestre en particular:

Y, quizás, preguntar. Que pregunten primero [a las mujeres], si quieren saber, si quieren ver, si no quieren. Eso, la pre-

gunta. Y que nosotras tomemos la decisión si queremos ver o no ver. O con los mismos médicos, yo que creo que si yo al médico, cuando expulsé el último aborto le hubiera dicho que quiero ver, me hubiera mostrado. Pero que sea nuestra la decisión. (A-1, 27 años, 18 semanas de gestación).

A-10 también menciona la necesidad de generar un cuidado en cuestiones relacionadas con el respeto de la sensibilidad de quien es atendida. En sus palabras vemos que el buen trato excede la experticia y buen desempeño técnico:

Me parece que tendría que haber como una reserva, no hablar todo tan fuerte, no hablar todo tan así. Porque en mi caso yo sabía, igual fue feo, igual quedé medio como impactada, pero en el caso de una mujer que lo pierda natural, que estén hablando delante tuyo como si fuera una cosa que dejaron ahí, no da. Vos estas ahí escuchando todo y viendo todo [...] la verdad que eso a mí no me gustó. Todo hablaron ahí delante mío, que es un varón, yo escuché ahí que hablaron y eso para mí fue horrible. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

En este capítulo recogimos las distintas respuestas que ofrece el sistema de salud ante los abortos en el segundo trimestre de gestación. Encontramos un campo abierto de prácticas de salud institucional que es necesario seguir explorando y también un campo de disputas en curso que se profundizan, en la medida en que las mujeres que abortan comienzan a exigir derechos y las socorristas insisten en construir articulaciones posibles.

Muchas preguntas se abren en este terreno inestable: ¿de qué maneras las respuestas individuales de profesionales que brindan acompañamiento y tratos dignos inciden en sus colegas y en las instituciones en las que trabajan? ¿En qué medida la atención de situaciones de aborto en segundo trimestre colabora en impulsar la atención de abortos desde perspectivas garantistas de dere-

chos? ¿Qué saberes y prácticas podrían tomar las instituciones y profesionales de la salud a partir de la exitosa experiencia socorrista en el uso de medicamentos para provocar abortos en segundo trimestre? ¿Qué alianzas resta construir entre las prácticas de salud institucionales y las prácticas de salud comunitaria?



## Capítulo 5

### Lo singular del aborto en segundo trimestre de embarazo

---





## Capítulo 5

### Lo singular del aborto en segundo trimestre de embarazo

Una de las cuestiones que caracterizan el aborto en el segundo trimestre de embarazo y que, podríamos decir, constituye su singularidad es el momento de la expulsión y el hecho de que lo expulsado tiene una materialidad concreta. Se trata de una situación de gran exigencia subjetiva para las mujeres y la experiencia varía dependiendo de si este proceso se desarrolla en el hospital o en un domicilio particular. El análisis de las entrevistas permite afirmar que cuando la expulsión se produce en un hospital, tensas relaciones de poder se traman en torno a la decisión de ver o no ver el producto. En algunos casos se pregunta respetuosamente a la mujer cuál es su deseo, mientras que en otros se exige que ella se confronte con lo expulsado, configurando situaciones de profunda violencia. Cuando la expulsión se produce en el domicilio particular, en cambio, las mujeres deben gestionar todo el proceso y también deshacerse de los restos de manera segura. De modo que muchas veces no pueden elegir si ver o no ver el producto.

Los hallazgos de esta investigación permiten afirmar que el método medicamentoso es seguro para este tipo de abortos, que el dolor que provoca puede ser intenso y que, con frecuencia, la expulsión se provoca “en bloque”, es decir, de una sola vez. En todos los casos, se trata de momentos de profunda exigencia que las mujeres sienten, resuelven y narran de diversas maneras.

En este capítulo analizamos la vivencia singular de la expulsión a partir de lo dicho en las entrevistas por las mujeres parti-



cupantes de esta investigación. Nos proponemos avanzar sobre el momento más tenso y sobrecogedor de los relatos. Es una decisión política no eludir el tratamiento de este momento. Nos abocamos al trabajo de buscar cómo nombrar estos sucesos y también decidimos poner a circular las palabras surgidas de la experiencia de las mujeres. Con el mayor de los respetos por las palabras de las entrevistadas y de quienes leen, nos hemos propuesto no acallar el carácter arduo y encarnado de estas experiencias.

### **La expulsión. En la casa o en el hospital**

El momento de la expulsión en el proceso de aborto aparece en los relatos de las entrevistadas como una situación particularmente exigente. Las experiencias varían de acuerdo a si la expulsión se concreta en la casa o si ocurre en un hospital. De las 23 entrevistadas, 10 pasaron el momento de expulsión en un hospital y 13 lo hicieron en una casa.<sup>23</sup>

Según los relatos de las entrevistadas, llegar al hospital antes de completar el aborto aporta cierta seguridad asociada con la confianza que tienen las mujeres en que los cuidados de la salud serán adecuados y profesionales. Además, como se dijo en el capítulo anterior, algunas mujeres acuden al sistema de salud sabiendo que allí las esperan profesionales “amigables”. Cuando esto no sucede, las mujeres saben que las socorristas están alertas y también saben exactamente qué deben decir para proteger su seguridad y exigir que se cumplan sus derechos. Eso les posibilita ingresar y transitar por el sistema de salud con menos temores.

Los relatos de las mujeres que completan el aborto en un hospital se tiñen con los léxicos propios del ámbito médico y de sus

---

<sup>23</sup> Las expulsiones que se provocaron en una ambulancia las contabilizamos como parte de los casos ocurridos en el hospital, ya que en ese momento las mujeres se encontraban a cargo de profesionales de la salud.

protocolos de actuación (“camilla”, “chata”, “suero”, “análisis”, “útero”, “ecografía”, “tacto”, “quirófano”). Algunas mujeres narran que la expulsión se produjo en el baño del hospital una vez que ingresaron. En otras ocasiones, cuando el segundo trimestre está más avanzado e interviene el personal médico, la expulsión se asemeja a un parto:

No sabía qué me iba a pasar. Me llevaron a la sala de parto, fue como tenerlo. Tuve que pujar y esas cosas... (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

En muchos hospitales, la expulsión es seguida de un procedimiento de legrado que se hace en un quirófano. En las entrevistas adquiere protagonismo lo dicho por los profesionales de la salud, sus acciones, sus decisiones. Es decir, una vez en el ámbito médico, son los/as profesionales de la salud quienes determinan el curso de las acciones y quienes tienen más cercanía con las mujeres. También, en determinados momentos, se permite la presencia de otras personas que acompañan a las mujeres en situación de aborto. Las madres de las entrevistadas son mencionadas en reiteradas ocasiones (A-2, A-4, A-6, A-10).

Cuando la expulsión se produce en la casa, en cambio, ya sea por decisión de la mujer o porque el proceso se precipita y no le ofrece tiempo suficiente para trasladarse al hospital, los espacios más íntimos del hogar como la habitación y el baño ganan centralidad. Lejos de los lenguajes técnicos que predominan en los relatos de la expulsión en hospitales, aquí aparece un vocabulario vinculado a la vida cotidiana (“cama”, “inodoro”, “balde”, “bolsa”, “bidet”). Se mencionan elementos domésticos y de fácil acceso, que las socorristas recomiendan tener a mano en el momento de la expulsión. En el caso de los abortos en segundo trimestre, las socorristas recomiendan preparar un balde con una bolsa plástica a la manera de un tacho de basura para que la expulsión se produzca allí:

Usé un balde como me habían dicho [las socorristas] y una bolsa. Nada más. Al lado del inodoro. Sí, y bueno, ahí fui, me dolía muchísimo, muchísimo, muchísimo, entonces como que hice como fuerza y empecé a expulsar. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

A diferencia de lo relatado acerca de la expulsión en los hospitales, las escenas de expulsión en las casas refieren a procesos de toma de decisiones protagonizados por las mujeres. Se narran las esperas, los llamados a las socorristas, las decisiones sobre el curso de acción que debe seguir y los pedidos de colaboración a las personas que las acompañan en el lugar (la madre, una amiga, la hija, la hermana, la prima, la pareja).

La instancia de expulsión en el hogar requiere de decisiones prácticas y de acciones diligentes. En varios casos, las entrevistas corroboran que la medicación actúa provocando la expulsión de una sola vez, en bloque. En los casos en que esto no ocurre y el aborto sucede en la casa, las mujeres tienen la indicación de las socorristas de esperar sentadas sobre el balde preparado con bolsas o, en su defecto, en el inodoro, y hacer fuerza hasta que se complete la expulsión. Las socorristas preparan a las mujeres para este momento, les explican la importancia de contar con ciertos insumos a mano y de seguir al pie de la letra las indicaciones ofrecidas: hacer fuerza y esperar que la expulsión se complete sin tirar ni cortar. C-1 es una de las entrevistadas que cuenta haber seguido las indicaciones de las socorristas:

Lo despedí en mi casa. Controlé la placenta. Esperé la placenta, tardó bastante en bajar. Controlé la placenta, que estuviera toda entera. Lo mismo me quedé un rato más, un par de horas más en el inodoro, haciendo fuerza y esperando por las dudas algún fragmento más de la placenta salga. Y bueno, salió todo entero. Después salieron unos fragmentos más de

placenta. Esperé un tiempo más y ya después me vestí como para ir al médico. (C-1, 41 años, 16 semanas de gestación).

El relato de C-1 se destaca del conjunto por la tranquilidad y seguridad con la que afronta el momento de la expulsión, puesto que en general, cuando el aborto ocurre en la casa, las entrevistadas narran la expulsión como un momento de gran conmoción e intensidad subjetiva, que compromete a todo el cuerpo. Es importante aclarar que, en los casos de abortos en segundo trimestre, las socorristas siempre procuran que la mujer no esté sola sino acompañada por al menos una persona de confianza que pueda ayudarla en este momento. En efecto, varias entrevistadas refieren haberse desestabilizado ante el impacto de lo que estaba sucediendo y haber solicitado la colaboración de las personas que acompañan en el lugar. Es el caso de C-2:

En un momento yo sentía que tenía ganas de ir al baño, de cuerpo pensaba, hice fuerza para ir de cuerpo y empezó a aparecer (...) yo en ese momento decía, ¡¿qué es esto?! y ahí lo llamé a T [su pareja] para que me acompañara y empecé a hacer fuerza, fuerza, fuerza, esto todo en el inodoro... (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

Las entrevistadas narran la espera, el dolor, la experiencia de hacer fuerza, la compañía de las personas más cercanas y las llamadas a las socorristas. Pero también, lo dicho por las entrevistadas da cuenta de que las mujeres no siempre siguen las indicaciones de las socorristas. En algunos casos, ellas toman sus propias decisiones y establecen otros cursos de acción, en función de consejos que reciben de terceras personas que las asisten y las acompañan. C-4 narra haber cortado el cordón umbilical del feto, un procedimiento que las socorristas expresamente recomiendan no realizar:

... sentí algo que cayó y cuando vi era el feto, y estaba con el cordón. En realidad, quedó ahí colgando, ¿no? Así que la llamé a mi prima desesperada y llorando (...) Bueno, bueno, tranquila, tranquilízate... va a estar todo bien, ahí te traigo una tijera. Se fue a buscar una tijera, la desinfectó, me la dio y corté el cordón...(C-4, 18 años, 17 semanas de gestación).

El testimonio de C-4 muestra las condiciones de precariedad en que las mujeres deben gestionar sus abortos y también muestra que las mujeres son quienes en última instancia están a cargo de las decisiones. Ellas acuden a las socorristas buscando ayuda, pero no siempre siguen sus indicaciones. Las mujeres resuelven con autonomía cómo proceder, y para ello se valen no solo de lo que les dicen las socorristas sino también de otros saberes y experiencias disponibles en su círculo social. Tanto el caso de C-4 como otros casos similares permiten afirmar que estas decisiones tomadas en situaciones de extrema precariedad y exigencia subjetiva pueden resultar exitosas. A pesar de todo, ellas pueden hacerlo y, de hecho, lo hacen.

También, las mujeres que completan el proceso en sus casas deben gestionar qué hacer con los restos del aborto. Las socorristas, en la reunión que tienen con las mujeres en situación de aborto en segundo trimestre se ocupan especialmente de este punto, ya que deshacerse de ellos es un asunto crucial para garantizar la seguridad. Dado que los restos no podrán descartarse por el inodoro, la recomendación es enterrar o tirar el producto en un lugar que quede lejos del domicilio. No siempre las mujeres siguen estas indicaciones. Pero en todos los casos encuentran la manera de deshacerse de los restos por sí solas o con la ayuda de las personas que las acompañan:

Lo enterramos en el fondo, fondo de la finca que tengo que conecta con un descampado. (A-13, 23 años, 21 semanas de gestación).

... yo estaba con mi nena y le dije que llamara a su papá (...) tuve que poner todo en un balde porque no se iba por el inodoro (...) él llegó y él se encargó... (A-9, 31 años, 14 semanas de gestación).

... él [su pareja] lo cerró todo y era de noche así que no salió enseguida ¿no?, al otro día se levantó a la mañana y fue (...) Lo fue a tirar y me dijo: no te preocupes, yo voy... (A-15, 26 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

Eh... lo enterramos en un baldío [silencio] (...). Fuimos los dos juntos [con su pareja] (...). Y sí, porque era una decisión que había tomado yo, que tenía que seguirla hasta lo último... (D-2, 25 años, 20 semanas de gestación).

... bueno, ella [refiere a la amiga] se encargó de cerrar la bolsa, de trasladarla, la dejó en el patio hasta que yo terminé de expulsar sangre (...) después me acosté, bueno me levanté y fuimos a tirarlo (...) ella lo tiró. Fue así, como es ella, práctica, corta... ah, bueno, listo (...) y lo tiramos. (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

### **Lo visto, lo decible y lo indecible de la expulsión**

El aborto en segundo trimestre se caracteriza, como hemos dicho, porque lo expulsado posee una materialidad singular. A medida que avanza el embarazo se hace posible distinguir las formas del feto, que comienza a adquirir características asimilables a las de un cuerpo humano.

De las veintitrés mujeres entrevistadas, nueve no vieron lo que expulsaron (A-1, A-6, A-7, A-8, A-10, A-11, A-13, C-3, D-2) y trece de ellas sí (A-2, A-3, A-4, A-5, A-9, A-12, A-14, A-15, A-16, C-1, C-2, C-4, D-1). En un caso (B-1), lo dicho en la entrevista no permite saber si vio lo expulsado o no.

En los casos en que la expulsión se produce en la casa, puede ser dificultoso para las mujeres elegir si quieren ver lo expulsado o no, ya que ellas están a cargo de todo el asunto. En cambio, cuando la expulsión sucede en el hospital y con la intervención médica, existe la posibilidad de que los/as profesionales consulten a la mujer si desea ver el producto o no, aunque este cuidado no sucede en todos los casos.

En el momento del relato que corresponde a la expulsión, las entrevistadas dan cuenta de una experiencia afectiva intensa y particularísima. Muchas mencionan sensaciones de alivio, de culpa, de tristeza, de dolor, de alegría, de tranquilidad y de confusión, entre otras. En numerosos casos, las emociones se superponen, se chocan, se contradicen y parecen mezclarse sin un orden preestablecido, lo que dota a los relatos de tensiones y ambivalencias:

Después yo me largué a llorar, mi mamá también lloraba... sentí, es horrible lo que voy a decir, sentí un alivio tan grande después que pasó todo, porque no sentí un dolor más de nada y sentí que por fin se había terminado. Porque para mí fue una tortura todo, sentí eso como que por fin ya está. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

No sé qué sentía, era todo muy confuso, sentía como mucha alegría, pero mucha tristeza. (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

En un momento sentí como un gran [con énfasis] alivio de sentir, por fin, ya está. Pero la vez como que sentía, ¿qué hiciste? ¿Qué estás haciendo? Tenía una confusión total en la cabeza. (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

En ocasiones, lo decible y lo indecible de la expulsión no pueden articularse en palabras, pero se expresa a través del llanto y del grito:

Yo lo que reaccioné directamente fue llorar y gritar llorando muy fuerte, muy fuerte, mucho (...) en el grito yo veía todo, yo sentía todo, alivio, tristeza, dolor, porque algo que había estado dentro mío durante cuatro meses seguidos no estaba más, realmente fue un vacío ahí (...) necesité llorar y gritar así bien fuerte y que saliera todo a través de ese grito. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

Para quienes pasaron por el proceso de expulsión en un hospital, resulta clave la ocurrencia de la pregunta médica acerca de si se desea o no ver el producto, lo que no sucede en todos los casos. La pregunta puede responder a un protocolo de atención respetuosa y tiende a construir un contexto “amigable” para la mujer que está siendo atendida. Sin embargo, la experiencia de una entrevistada (A-8) muestra que esa pregunta, pronunciada de manera insistente y reiterada ante la negativa de la mujer, también puede ser una herramienta de maltrato.

Cinco entrevistadas que fueron atendidas en hospitales —ya sea porque la expulsión se dio en ese ámbito (A-6, A-10 y A-16) o porque habiendo expulsado en la casa o en la ambulancia fueron asistidas en lo inmediato en el hospital (A-11 y C-3)— refieren haber sido consultadas de modo respetuoso acerca de si deseaban ver el producto de la expulsión o no. Ellas también manifiestan haber recibido una escucha atenta y desprejuiciada por parte de los/as profesionales de la salud. Solo en un caso, quien atendió a una de las mujeres se refirió al producto como “tu bebé”:

[La médica] me preguntó si quería ver el feto o si quería, o sea, que lo mandaran a anatomía. Yo le dije que no, que no me interesaba. O sea, no me interesó desde el primer momento, tampoco me iba a interesar en ese momento. Así que bueno, me dijo, está bien. Te pregunto porque lo tenemos que preguntar, nada más que por eso. Pero es tu decisión. (A-11, 21 años, 20 semanas de gestación).



Es una pregunta que te la tengo que hacer porque la tengo que hacer de rigor, porque es así, pero no estás obligada, ¿vos lo querés ver o no? (...) me quedó esa duda, que yo quería, no sé si por morbosidad o qué, que yo decía, ¡ay! Sí, no, sí, no, sí, no. Y me respetaron ese tiempo (...).Y después dije: no. (C-3, 37 años, 20 semanas de gestación).

... cuando terminaron de hacerme todo lo que me tuvieron que hacer me dijo: ¿querés ver a tu bebé? (...) le dije yo que sí la quería ver. (A-16, 32 años, 23 semanas de gestación).

Cuando yo lo expulsé, el médico me preguntó si lo quería ver, me dijo que hay casos donde quieren verlo y por eso me lo preguntaba. Yo no lo quise ver. (A-6, 21 años, 14 semanas de gestación).

Me preguntaron si yo quería verlo y les dije que no, y a mi mamá también le preguntaron y también les dijo que no. (A-10, 35 años, 22 semanas de gestación).

En contraste con estas escenas de trato respetuoso, dos entrevistadas (A-8 y A-2) narran situaciones de malos tratos en que fueron presionadas y forzadas a ver el producto de la expulsión. En el caso de A-8, la médica que la atendió reiteró la pregunta de manera insistente aun ante la negativa de la mujer:

Ella [una médica] me vino a insistir para que lo vea, porque me dijo: ¿querés verlo? ¡No, no, no! Y yo estaba llorando, me acuerdo, lo único que me salía era llorar, llorar, llorar. ¿Querés verlo? No, ¡no quiero verlo! ¿Para qué lo quiero ver? ¿Por qué no querés verlo? Te voy a preguntar de vuelta, ¿me podés mirar? ¿Querés verlo? ¿Estás segura de que no querés verlo? ¡No! ¿Para qué quiero ver algo que... yo me voy a quedar con eso para toda mi vida...? No quiero ver algo que esté mu...

¿vos me estás cargando? Acabo de abortar y vos me preguntás si yo tengo ganas de ver a mi bebé muerto. ¡No, no quiero verlo! (A-8, 29 años, 22 semanas de gestación).

Por su parte, A-2, una joven de 18 años, también relata una situación intensa de maltrato vinculada a la imposición de ver el producto del aborto y a la necesidad de darle identidad jurídica al feto:

Yo le decía [a la médica] que no quería verlo, me dijo que sí porque supuestamente había respirado después de salir, y no lo quería ver, yo. Y me lo hizo ver igual. Lo bautizaron, le pusieron nombre, todo. Yo le decía que no, le corría la cara y todo. Y me dice, vos lo tenés que ver porque esta va a ser tu hija. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Las normativas biopolíticas vigentes en nuestro país indican que cuando el feto pesa más de quinientos gramos debe efectuarse un acta de defunción que tiene fines legales y estadísticos. En los casos en que los fetos realizan respiraciones agónicas (*gasping*), se los considera como parte de los “nacidos vivos”. Este procedimiento administrativo e impersonal de inscripción y clasificación es exigido por las instituciones del estado sin tomar en cuenta los deseos y necesidades de la mujer implicada.

La entrevistada dice que al feto “[l]o bautizaron, le pusieron nombre, todo”. La exigencia burocrática de registrar un nombre propio para el feto tiene resonancias religiosas. En la vida cotidiana el verbo *bautizar* se usa tanto para referir al sacramento cristiano del bautismo como para la acción de dar un nombre propio. También, llamamos “nombre de pila” al nombre asignado a las criaturas humanas al nacer, haciendo alusión a la pila bautismal cristiana. En todo caso, esa exigencia de dar nombre y, con ello, inscribir como sujeto humano al feto, no deja de ser una forma extrema de violencia para las mujeres que no lo desean.

En la escena narrada por A-2, la norma estatal se encarna en la médica que pretende imponer una relación materno-filial aun cuando la protagonista aborta, justamente, porque no desea establecer una relación con ese feto en tanto hijo/a. Dicha imposición se consuma no solo mediante la confección de un certificado de defunción (esto es lo que dicta la norma estatal) sino también mediante un plus de maltrato que se efectúa cuando la médica obliga a la mujer a ver al feto muerto al que llama “hija”.

Cuando la expulsión sucede en la casa, las posibilidades de elegir ver o no al producto del embarazo son más restringidas, ya que las mujeres están, a la vez, a cargo del proceso y corporalmente comprometidas en él. Las circunstancias tienden a presentarse como adversas para quienes no tienen la intención de ver. Algunas de las entrevistadas dicen que no pudieron evitar ver y otras sostienen que decidieron hacerlo:

... yo no lo quise ni mirar, obviamente, pero en cuanto hice así lo vi... (C-4, 18 años, 17 semanas de gestación).

... lo vi, no lo quería ver, pero terminé viendo, tenía forma (...) horrible, horrible (...) fue bastante impresionante... (A-14, 24 años, 16 semanas de gestación).

Yo no quería verlo pero después dije: (...) no, ya fue, voy a tomar un poco de coraje (...) a lo mejor suena medio frío pero no... no me causó... al contrario, me causó ternura... (D-1, 24 años, 17 semanas de gestación).

Algo muere y algo se pierde cuando el proceso del embarazo se termina. Ver el producto expulsado en los abortos de segundo trimestre puede producir un impacto contundente. Es por eso que las socorristas —en la reunión cara a cara y en las conversaciones telefónicas— les adelantan a las mujeres a qué deberán

enfrentarse con toda claridad. Ellas hablan con las mujeres en situación de aborto acerca del tamaño y la forma fetal, con ejemplos claros según el tiempo gestacional. Pero a pesar de esa preparación, varias entrevistadas mencionan que les cuesta olvidar esa imagen de un cuerpo con ciertos rasgos humanos:

Lo vi, todo, te digo que la imagen no se me borra ni por más que yo esté loca. (A-5, 37 años, 14 semanas y media de gestación).

Te juro que me quedó esa imagen en la cabeza. Fue horrible. Ahora trato de no pensar. (A-2, 18 años, 23 semanas de gestación).

Y cuando lo expulsé, yo en ese momento quedé impactadísima, hasta el día de hoy que no me puedo sacar esa imagen de la cabeza... (A-12, 18 años, entre 14 y 15 semanas de gestación).

¿Cómo se relacionan las entrevistadas con lo expulsado? ¿Cómo lo nombran? De los veintitrés testimonios, dieciséis utilizan la palabra “bebé” o “feto” para referirse a lo expulsado. El resto de las mujeres utilizan expresiones ambiguas o neutras como “eso”. En ocasiones, en la misma entrevista aparecen distintas formas de nombrar. “Bebé” predomina en 9 entrevistas (A-2, A-3, A-4, A-7, A-8, A-9, A-14, C-2 y C-3), mientras que “feto” es la forma más usada para nombrar lo expulsado en 7 entrevistas (A-5, A-6, A-11, A-16, C-1, C-4 y D-2).<sup>24</sup>

La lectura de las entrevistas no permite trazar regularidad alguna acerca de las formas en que las mujeres se relacionan con lo expulsado. Ellas utilizan un método seguro para abortar y están acompañadas por las socorristas, pero la práctica se

---

<sup>24</sup> No encontramos diferencias en el uso de estas expresiones, en términos numéricos, entre mujeres que tienen hijos/as y las que no los/as tienen.

realiza en circunstancias de extrema precariedad, impuestas por la ilegalidad, y las mujeres deben tomar a su cargo todo el proceso, que implica un gran compromiso subjetivo y corporal. En muchos casos no pueden decidir si quieren ver lo expulsado o no, e incluso son forzadas por la burocracia estatal y por quienes las atienden a establecer una relación materno-filial que rechazan. Aun así, ellas ensayan distintas formas de posicionarse ante lo expulsado que van desde el rechazo total hasta el ensayo de ciertos rituales de duelo. Con los recursos que tienen a su alcance, las mujeres no solo abortan sino que tramitan lo sucedido y su relación con ese embarazo. C-2, por ejemplo, se muestra sorprendida por la morfología humana del feto e imagina una escena reparadora de despedida, protagonizada por él:

... vi una manito haciendo como... chau, bueno, volveré en otra forma, seré alguien que venga después, digamos, no ese que se fue. (C-2, 26 años, 23 semanas de gestación).

## Capítulo 6

### Aprender del aborto en segundo trimestre de embarazo

---





## Capítulo 6

### Aprender del aborto en segundo trimestre de embarazo

Desde su surgimiento, el dispositivo del Socorro Rosa estuvo profundamente imbricado en prácticas de enseñanza y de aprendizaje, quizás porque muchas de sus iniciadoras son docentes de diferentes niveles educativos, con años de práctica crítica en las aulas. Para ser socorrista es necesario disponerse a estar de manera constante aprendiendo y transmitiendo saberes. Estos saberes se construyen sobre todo entre mujeres, unas aprendiendo de otras, reconociendo los conocimientos construidos colectivamente y transmitiendo esos aprendizajes a otras. El socorristismo es una práctica pedagógica marcada por el deseo de aprender y la urgencia de acompañar a quienes necesitan practicarse un aborto.<sup>25</sup>

En los dos grupos de discusión de socorristas producidos para esta investigación, la cuestión de los aprendizajes ocupó un lugar importante: las activistas pusieron en común lo aprendido en la práctica de acompañar abortos en el segundo trimestre. Algunos de esos aprendizajes ya circulan como recursos en la red de socorristas y otros están más situados al nivel de las estrategias que se da cada colectiva en el lugar donde desarrolla su activismo.

La complicada cuestión de los límites en la práctica de los abortos en segundo trimestre apareció en las conversaciones entre socorristas estrechamente relacionada con la cuestión de los aprendizajes. Ellas reflexionaron sobre los rígidos límites que co-

---

<sup>25</sup> Sobre el vínculo entre pedagogía y socorristismo, véase González (2015).



loca el sistema de salud cuando se trata del aborto en segundo trimestre y sobre los límites que las socorristas tensionan, cuestionan y transgreden.

A partir de lo dicho en los grupos de discusión, se analizan en este capítulo los aprendizajes de las socorristas con respecto al sistema de salud, a su práctica de acompañar abortos en segundo trimestre de gestación y a la medicación.

### **Los límites del sistema de salud**

En los grupos de discusión, las socorristas coincidieron en afirmar que los límites que coloca el sistema de salud a la hora de atender abortos suelen ser bastante rígidos. También afirmaron que requiere de mucho esfuerzo hacer que esos límites comiencen a flexibilizarse para garantizar los derechos y responder así a las demandas de las mujeres que desean interrumpir sus embarazos. Incluso cuando se trata de sectores de salud considerados “amigables” y garantistas de derechos, el tiempo de 12 semanas de gestación parece definir cierto límite para la provisión de abortos. Una vez cumplido el primer trimestre de gestación, incluso los/as profesionales “amigables” que realizan abortos en su práctica profesional, optan por “derivar” a las mujeres hacia el socorrismo:

... cuando tienen más de doce semanas, trece semanas, se comunican... las derivan a nosotras... (GD 1).

Al recomendar el servicio de Socorro Rosa, los/as profesionales facilitan una posible solución para las mujeres al mismo tiempo que reconocen la experticia de las socorristas. Pero también, es necesario poner de manifiesto que con estas “derivaciones” los/as profesionales no tensionan sus límites ni los de las instituciones donde trabajan.

Otra limitación del sistema de salud percibida por las socorristas es la falta de capacitación de los/as profesionales en cues-

tiones relativas al aborto. Por ejemplo, en un grupo de discusión, una socorrista aseguró: “los médicos no saben cómo se usa el misoprostol y les preguntan a las socorristas”. Pareciera haber aquí también un reconocimiento de la experticia socorrista por parte de los/as profesionales así como una transmisión de saberes que, de manera contraria a lo que podría pensarse, va desde las activistas hacia los/as profesionales. Urge mejorar la capacitación de estos/as últimos/as para brindar dichos servicios y los saberes de las socorristas podrían colaborar en esta tarea.

Las socorristas también comentan que los/as profesionales enfrentan temores que los hacen mantenerse dentro de ciertos límites muy rígidos. Estos miedos, en ocasiones, provienen de la creencia de que existen “limitaciones legales” que no tienen asidero en la legislación y los protocolos vigentes. Por estas creencias infundadas, ciertos médicos/as se niegan a practicar abortos y tampoco “se animan a hacer la receta [de misoprostol]” (GD 1), ni aseguran la provisión de la medicación por otra vía (por ejemplo, a través de la farmacia de la institución donde trabajan).

Es posible afirmar que para aminorar estos miedos y ampliar los límites rígidos que presenta el sistema de salud, es necesario continuar trabajando desde una perspectiva de derechos en la sensibilización y capacitación de los/as profesionales que están dispuestos/as a aprender y desandar sus limitaciones. Cada vez existe más personal de salud que se va comprometiendo en garantizar derechos a las mujeres. Junto con ellos/as, las socorristas construyen distintas articulaciones para que las mujeres puedan acceder a abortos legales en primer trimestre y también para la atención de abortos de segundo trimestre.

Quedan también un camino por recorrer y una política más ofensiva por delinear en relación con instituciones y profesionales de la salud que aspiran a mantener la rigidez de límites que van contra los derechos de las mujeres. Exigir que se respeten las normativas vigentes y señalar los incumplimientos es otra manera de trabajar sobre los límites que plantea el sistema de salud.

## Los límites móviles del socorrismo

En los grupos de discusión, las socorristas coincidieron en afirmar que los límites para ellas no adquieren una fisonomía estática, sino que se han ido desplazando, flexibilizando e incluso rompiendo en la práctica de acompañar abortos. Una activista aseguró que en el socorrismo “quizás se rompen ciertos límites” (GD 1).

Las socorristas saben que van más allá de los límites que suelen presentarse como infranqueables en el sistema de salud cuando acompañan abortos en segundo trimestre. Pero eso no quiere decir que en la práctica socorrista no existan los límites, sino todo lo contrario. Las activistas socorristas reflexionan y trabajan sobre los límites de su práctica sobre la base de los aprendizajes que surgen de ella y en función de garantizar políticas de cuidado para todas las implicadas.

Según lo conversado en los grupos de discusión, un primer aprendizaje de la práctica socorrista es que cuando las mujeres están decididas a interrumpir sus embarazos, lo van a hacer, sin importar la cantidad de semanas de gestación ni el método abortivo. Esos límites no están en manos de las socorristas:

... yo ahora digo que los límites los pone la mujer (...) aprendí eso, lo fui aprendiendo con los acompañamientos (...) lo fui aprendiendo en los debates con las compañeras, en las plenarios socorristas... (GD 1).

Ante la certeza de que las mujeres necesitan por distintos motivos abortar en segundo trimestre y que se procurarán de un modo u otro la intervención, la pregunta que surge es si se va a acompañar abortos del segundo trimestre y hasta qué semana de gestación se acompaña:

Y a partir de ese momento (...) dijimos: nosotras nos vamos a hacer cargo de esto y cada vez vamos extendiendo más los

límites. Vamos a hacer hasta las veinte semanas. Después, hasta las veintiuna. Hasta las veintitrés. Y bueno, ya, el último acompañamiento hicimos hasta los veinticinco. Y es como que ahí paramos. (GD 2).

Las fronteras de lo posible se desplazan cuando se asume que el límite lo ponen las mujeres que necesitan abortar. Al desplazar estos límites de lo posible en relación con el aborto, las socorristas se enfrentan a ciertos miedos y también a la necesidad de construir formas de cuidado y seguridad para los abortos en segundo trimestre. Al menos dos cuestiones cobran especial relevancia: por un lado, cómo cuidar la salud de las mujeres que acompañan y, por otro lado, cómo cuidar la seguridad de todas las involucradas ante una práctica criminalizada:

... a mí se me planteaba cuál era el límite (...) yo tenía miedos, miedos por lo que le pudiese pasar a la joven y por lo que nos pudiese pasar a nosotras (...) Miedo a que le fuese mal en el sentido de que quede afectada su salud... (GD 1).

... hay dos cosas, hay otras implicancias legales, porque hay un cuerpo, que no es lo mismo que un par de células o algo que se puede ir por el inodoro, [y existe] mayor temor porque uno sabe que ciertas complicaciones aumentan un poco... (GD 1).

Como venimos demostrando, en algunos lugares del país las socorristas han podido construir articulaciones con el sistema de salud que permiten realizar un acompañamiento conjunto. Cuando es así, la relación con las instituciones resulta una manera de “aliviar” miedos y brindar seguridades. En numerosos casos, las socorristas proveen de la información y el acompañamiento para que la mujer pueda iniciar el aborto con medicamentos en su casa y lo complete con la asistencia de profesionales “amiga-

bles”. Entonces, una vez que la mujer acude al hospital, se confía en que “el sistema de salud ya se está ocupando y no le va a pasar nada que afecte a su salud” (GD 1).

En otros casos, esas articulaciones no son posibles, por lo que las socorristas han tenido que diseñar otras estrategias para preservar la salud de las mujeres que abortan y la seguridad de todas las implicadas. En general, si no hay alguna certeza acerca del carácter “amigable” del personal de salud, se recomienda a las mujeres en situación de aborto en segundo trimestre que no digan que se han provocado un aborto. También, se recomienda que el modo de administrar la medicación sea oral, de modo de que no queden restos de medicación en la cavidad vaginal.

En los grupos de discusión, las socorristas comentaron que han aprendido a construir espacios de autonomía donde las decisiones siempre corresponden a las mujeres en situación de aborto (“una le da la información, pero la decisión es de ella”, GD 1). Según lo dicho por las socorristas, es fundamental que las estrategias acerca de cómo gestionar estos abortos se diseñen en colaboración con las mujeres que abortan, porque finalmente quienes tomarán las decisiones acerca de cómo proceder y quienes pondrán el cuerpo serán ellas:

... una va aprendiendo con la experiencia del segundo trimestre, que no todas van a ir a la guardia médica, que lo pueden resolver de otra manera, y a partir de eso una también va pensando en estrategias, con ellas (...) lo aprendí en el encuentro con Susan<sup>26</sup>, que hay que darle lugar, en la última plenaria que tuvimos, hay que darle lugar a que ellas piensen las estrategias... (GD 1).

---

<sup>26</sup> Se refiere a Susan Yanow, de la organización *WomenHelpWomen*, quien ofreció un taller sobre aborto con medicamentos en segundo trimestre durante la reunión plenaria de Socorristas en Red de 2016.

Las socorristas también reflexionaron sobre los límites que han tenido que aprender a construir y tensionar en su relación con las mujeres a las que acompañan. Las activistas deben trabajar para construir un vínculo muy particular, determinado por el activismo y el trabajo voluntario, que es distinto del que podría establecerse con el Estado (para exigir derechos) o con una empresa (para reclamar cierto servicio):

Nosotras no somos el Estado ni una empresa, entonces (...) como que a veces sí hace falta ponerle un límite a la mujer y decirle: pará, no sos la única que está en esta situación, yo estoy acá para ayudarte, pero vos calmate. Y ese límite hace bien. Hace bien para decir, la solución está a veinticuatro horas, porque mañana nos encontramos a las seis de la tarde y vas a aprender paso a paso cómo resolver esta situación. ¿Vos no querés estar embarazada?, no vas a estar embarazada. ¿Querés interrumpir tu embarazo?, vas a interrumpir tu embarazo. Pero calmate. Y ese límite es re importante, es re importante. Porque si uno las cobija tanto a las mujeres, después se desdibuja el límite de quién soy yo como socorrista que acompaña y si soy una amiga, si soy su psicóloga, si soy su madre, si es una menor de edad. (GD 2).

Poner límites claros y colocar la relación en su justo lugar puede ser, como sostiene la activista en el fragmento citado, una forma de brindar certidumbre y calmar las ansiedades de la mujer que está siendo acompañada. Las socorristas aseguran que los límites son importantes para evitar formas de tutelaje y de menosprecio de las capacidades de las mujeres en lo que respecta a trazar estrategias y tomar decisiones por sí mismas: “también es importante eso [los límites] para no caer en esta cosa paternalista, para no caer en esta cosa de subestimarla a la mujer” (GD 2). Las socorristas aseguran que los límites ayudan a preservar las energías de las propias activistas y a aumentar su capacidad para dar acompañamiento:

... reconocer también nuestros espacios y nuestros tiempos es mejorar la tarea que hacemos. Porque si atendemos desesperadas a todo el mundo, no vamos a poder atender bien, no vamos a poder dar una respuesta efectiva, si nos desviamos por todas las mujeres que nos llaman. (GD 2).

Poner límites y preocuparse por colocar el vínculo en su justo lugar no es abandonar todo compromiso con las mujeres. Al contrario, se trata de un vínculo que se construye como una práctica política que abre posibilidades:

Lo de implicarse con el caso no quiere decir hacerme amiga de la mujer, ni necesariamente conmovirme ni quererle solucionar un montón de cosas, sino esto de que es una situación y que una se implica en esa situación habilitando estas cosas, permitiendo estas cosas y conteniendo eso quizás no desde lo personal, pero sí desde esta práctica política que es el socorrismo y que genera esto. (GD 2).

Los límites aparecen en las conversaciones entre las socorristas como instancias móviles que surgen de distintos aprendizajes y que se encuentran en constante reelaboración. ¿En qué semana de gestación poner el límite más allá del cual ya no se acompañan abortos? Es una pregunta palpitante a la que cada socorrista y cada colectiva le hace lugar. Muchas veces los límites son trazados por experiencias que han interpelado a las activistas y por las que no quieren volver a pasar:

Bueno, mi límite es tener que decirle a una mujer que la tengo que acompañar a hacer una adopción. Yo eso no lo digo. Vos no acompañarás bolsita negra [se refiere al aborto en segundo trimestre]. Yo no acompañó adopción, no puedo, me hace mal. No puedo decirle a una mujer de nuevo: no podés abortar. Me parece que es muy violento. (GD 2).

No hay un acuerdo general en la red de socorristas sino la invitación a que cada una decida considerando sus deseos y posibilidades.

## **Aprender sobre la medicación**

Como se dijo, las socorristas basan sus prácticas de aborto con medicamentos en las recomendaciones de la OMS (2003, 2012), de las asociaciones profesionales de ginecología y obstetricia (FIGO, 2012, 2017; FLASOG, 2013) y del *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Un aprendizaje crucial que se desprende del trabajo de acompañamiento de abortos en segundo trimestre que hacen las socorristas tiene que ver con la alta efectividad de la medicación utilizada para estos casos. En este apartado, entonces, nos ocupamos de sistematizar los aprendizajes desarrollados por las socorristas acerca de la medicación y su efectividad.

En la práctica socorrista, mediante el registro, la sistematización y la reflexión sobre los efectos que produce la medicación en las mujeres, se desarrollan aprendizajes significativos para potenciar la seguridad del acompañamiento que se ofrece:

... la seguridad está asociada a lo que hemos ido aprendiendo de la medicación... (GD 2).

Los saberes vinculados con esos aprendizajes se van transmitiendo entre las socorristas y también se transmiten a las mujeres que abortan. En un proceso ágil, constante y espiralado que se sustenta en la experiencia de provocar abortos, unas aprenden de otras acerca de los efectos de la medicación y las mejores formas de administrarla:



... estamos muy aceleradas, aprendiendo... te diría como que estamos haciendo ciencia, en algún sentido... (GD 2).

Uno de los aprendizajes más recientes que han elaborado las socorristas es la comprobación de la mejoría en el proceso de los abortos ocasionada por el método combinado de medicación —mifepristona y misoprostol—, en comparación con el uso de misoprostol solo.

En los grupos de discusión realizados para esta investigación, las socorristas mencionaron específicamente algunas cuestiones significativas sobre las que ellas siguen trabajando para producir mayor evidencia empírica. Por un lado, el método combinado de medicación hace más probable que la expulsión del producto del embarazo se produzca de manera completa y de una sola vez:

... en la mayoría de los casos en donde hemos utilizado la mife [mifepristona] han salido abortos completos, la expulsión de una bolsa con todo adentro. Entonces no esperamos placenta, no hay líquido, no hay nada. Es como un huevo que sale, el feto disparado, digamos... (GD 2).

Por otro lado, las socorristas acuerdan en que el dolor puede ser más intenso al utilizar el método combinado. Pero el proceso es más breve que si se utiliza el método de misoprostol solo. De modo que el dolor se concentra en un lapso menos prolongado de tiempo:

Además del misoprostol y la diferencia con el mife [mifepristona] de que ahora sale como más entero, el umbral del dolor para mí también ha variado. Con el misoprostol (...) todas esas horas que estaba ahí era como muy doloroso. Y ahora como que siento que es intensivo el momento específico previo a la expulsión. Y eso nos tranquiliza (...) Y también nos brinda seguridad para decirle a la mujer, ¿te está re

doliendo? Bueno, si te está doliendo es que estás por abortar así que quedate tranquila. Y poder estar como segura de que lo que vos le estás diciendo es lo que le va a pasar realmente. (GD2).

Las formas de administración y la posología de la medicación también están siendo ajustadas sobre la base de la experiencia práctica:

Nosotras hemos estado probando el uso del medicamento mife [mifepristona] y nos ha resultado que las treinta y seis horas... o sea, más alejado de las veinticuatro y más cerca de las treinta y seis, es el tiempo ideal de empezar a usar el misoprostol. Y que la vía bucal es la mejor porque causa menos dolor y porque causa menos malestar. Y la verdad que bueno, estamos registrando. Es todo aprendizaje... (GD 2).

Las socorristas no escatiman reflexiones sobre otro aspecto clave del aborto con medicamentos como es el malestar y el dolor físico. En uno de los grupos de discusión las activistas se mostraron preocupadas por esta cuestión y lo plantearon de este modo:

... y a mí me atraviesa, me sigue atravesando mucho el dolor que ellas sienten, el dolor físico...(GD1).

... hay situaciones que nosotras no podemos resolverles a las mujeres, por ejemplo, yo les decía lo del dolor, que a veces hasta a mí también me duele, el tema del dolor no se lo podemos resolver... (GD1).

Estar “atravesada” por el dolor de la otra al punto de poder sentirlo, como se sostiene en los fragmentos citados, es el efecto de la práctica de cercanía corporal y afectiva que llevan adelante

las socorristas. La cuestión del manejo del dolor que provoca el uso de la medicación es un problema palpitante para las socorristas, que lamentablemente no lo pueden evitar. En el último tiempo este problema comenzó a abordarse por medio de la experimentación con métodos alternativos para aliviar el dolor, por ejemplo, masajes y ejercicios respiratorios.

Este estudio no indagó de manera específica sobre los efectos de la medicación, porque determinar sus efectos y mejores modos de administración no estaba entre sus objetivos. Sin embargo, la masa de información recogida permite afirmar que el aborto con medicamentos en segundo trimestre acompañado por activistas socorristas es seguro para las mujeres que lo utilizan. Todas las mujeres que participaron de este estudio abortaron en el segundo trimestre de gestación acompañadas por activistas socorristas y lograron completar su aborto sin complicaciones de salud.

En los grupos de discusión, las socorristas aseguraron que hay mucho por escuchar, pensar, registrar, transmitir y aprender sobre la medicación. También las búsquedas y las reflexiones se abren progresivamente a otros saberes y prácticas por fuera de la ciencia médica, lo que permite comenzar a explorar nuevas formas de transitar el dolor y de ayudar a las mujeres en sus procesos de aborto. Es un desafío y una pasión que conecta a las socorristas con las genealogías de sanadoras femeninas que recogen Barbara Ehrenreich y Deirdre English (2006):

Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente de pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral.

## Principales hallazgos y propuestas

---





## Principales hallazgos y propuestas

Esta investigación muestra que, en magnitud, los abortos en segundo trimestre son menos que los abortos de primer trimestre, pero constituyen una necesidad urgente para muchas mujeres. También, se hace evidente que las condiciones legales restrictivas y el estigma social que rodea al aborto inciden negativamente en la posibilidad de acceder a un aborto temprano y seguro. En este contexto, las socorristas han articulado un dispositivo de acompañamiento y cuidado para los abortos en segundo trimestre, que requieren de mayor atención y comportan mayores riesgos legales y de salud que los abortos de primer trimestre.

Este estudio tiene el especial valor de haber sistematizado experiencias, saberes y sentidos del aborto con medicamentos acompañado por socorristas en segundo trimestre de gestación. Al comenzar con esta investigación nos planteamos tres grandes objetivos. En primer lugar, comprender las experiencias de las mujeres que abortan con medicamentos en el segundo trimestre de gestación acompañadas por activistas socorristas. En segundo lugar, dar cuenta de los saberes y aprendizajes que las socorristas han desarrollado para generar mayores y mejores estrategias de cuidado en los abortos en segundo trimestre de gestación. Por último, aportar información valiosa para los ámbitos políticos y de salud en pos de la legalidad del aborto en la Argentina.

Presentaremos aquí los principales hallazgos de la investigación en cada uno de los objetivos. Para arribar a estos resultados, analizamos veintitrés entrevistas a mujeres de cuatro zonas geográficas de la Argentina y a dos grupos de discusión conformados por activistas de once colectivas de Socorristas en Red.

Como nuestra estrategia metodológica y perspectiva de análisis no fue cuantitativa, seguimos la pista de las significaciones que surgen de lo dicho por nuestras interlocutoras y que ayudan a responder los interrogantes de la investigación. En esa tarea, prestamos atención tanto a las recurrencias de ciertos nudos significantes como a lo que se presentó como singular en la masa de materiales analizados.

Esta investigación se propuso también producir resultados que sean provechosos para el trabajo de las socorristas y, en ese sentido, tenemos la satisfacción de poder afirmar que como efecto de este estudio ya se están produciendo cambios. La más sustantiva de estas transformaciones es la articulación de respuestas a la necesidad de un acompañamiento más cercano y presencial por parte de algunas mujeres en sus procesos de aborto.

### **Experiencias de las mujeres**

Del análisis surge que la decisión de abortar en segundo trimestre de embarazo no puede desligarse de la vida sexual de las mujeres y de una trama de circunstancias que hace que lleguen hasta el segundo trimestre de embarazo antes de abortar.

Los embarazos que las mujeres entrevistadas abortan surgen de una vida sexual atravesada por la complejidad del deseo y también por las relaciones jerárquicas entre los géneros, que pueden llegar a la violencia sexual. Las entrevistas muestran que la relación entre la ausencia de métodos anticonceptivos y el deseo de maternidad no es directa. En ocasiones, las mujeres no usan métodos anticonceptivos por un deseo de experimentación sexual o, también, porque atraviesan momentos personales o de la pareja en los cuales la práctica anticonceptiva se interrumpe por diferentes razones. Por ejemplo, sucede que la pareja entra en un *impasse*, la mujer abandona la anticoncepción oral y luego se produce un reencuentro inesperado. También, numerosas entrevistas revelan que los métodos anticon-

ceptivos no son infalibles y fallan, lo que da lugar a embarazos no buscados.

Por otro lado, si comprendemos la práctica anticonceptiva como un trabajo que demanda atención y cuidados, las entrevistas muestran que esa tarea recae de lleno en las mujeres. Por ejemplo, la píldora anticonceptiva es un método cuya efectividad depende exclusivamente de la dedicación de la mujer y en esta práctica suceden olvidos. Más todavía, las entrevistas indican que hay varones que se niegan a involucrarse en prácticas anticonceptivas, que colocan la responsabilidad de la anticoncepción en la mujer o que desean embarazarse a su pareja sin tener en cuenta los deseos de ella. Algunos varones se niegan a utilizar preservativo, otros imponen prácticas inseguras como el coito interrumpido, o no avisan a la mujer que el preservativo se rompe y, por lo tanto, la privan de la oportunidad de tomar la anticoncepción de emergencia. También hay quienes no toman en cuenta de ningún modo el consentimiento a la hora de mantener relaciones sexuales y violan a su pareja. De modo que las prácticas anticonceptivas están fuertemente atravesadas por relaciones jerárquicas entre los géneros, que colocan toda la responsabilidad sobre las mujeres y, además, las dejan en posiciones desventajosas para establecer las condiciones de su uso.

En las entrevistas advertimos que muchas veces la confirmación del embarazo demora en producirse, por diversas razones. Una buena parte de las entrevistadas narran haberse encontrado con la noticia de que estaban embarazadas cuando la gestación llevaba varias semanas y, en general, estas mujeres expresan haber recibido con sorpresa e incredulidad la novedad de estar cursando un embarazo de unas cuantas semanas. Existen razones fisiológicas —tramadas con la vida psíquica— que hacen que algunas mujeres tarden en sospechar y confirmar que están embarazadas. Por ejemplo, es recurrente que las mujeres aseguren haber tenido sangrados de características similares a los de una menstruación. Estos sangrados hicieron que ellas no conside-



raran la posibilidad de estar cursando un embarazo. También, un historial de menstruaciones irregulares puede hacer que la mujer no sospeche que puede estar embarazada. Situaciones de violencia machista y conflictos de pareja de distinta intensidad también pueden dilatar la confirmación. Es posible afirmar que para algunas de las entrevistadas la novedad de un embarazo las coloca ante serios conflictos (sociales, subjetivos, de pareja, familiares) y, por eso, pueden comprenderse ciertas demoras y resistencias en la confirmación de su estado.

Una vez confirmado el embarazo, la decisión de abortar se presenta como un proceso que siempre resulta complejo y en ningún caso admite generalizaciones. Hubo entrevistadas que en sus narraciones articularon de forma muy clara y racional los motivos por los cuales decidieron abortar, poniéndose muchas veces en el centro de un proyecto personal. Pero también hubo mujeres que enfrentaron serias dudas y conflictos que conllevaron demoras, antes de afirmarse en su decisión. En efecto, algunas mujeres demoran la decisión con expectativas de que los problemas de pareja se resuelvan, y se toman ese tiempo para evaluar si la pareja asumirá las responsabilidades asociadas al rol paterno. Otras, necesitan tiempo para evaluar su situación económica y social antes de decidir sobre la continuidad del embarazo. También hay quienes experimentan serias contradicciones en el plano ético y moral con respecto al aborto, por lo que la decisión se hace más difícil para ellas. Encontramos que las demoras a veces se deben a que las mujeres se enfrentan a temores muy plausibles relacionados con los posibles riesgos de realizar un aborto, en especial cuando cursan el segundo trimestre. Algunas se demoran también porque deben enfrentarse a profundas ambivalencias y dudas con respecto a la posibilidad futura de ser madres. En otros casos, la decisión se complica y dilata aún más cuando están rodeadas de personas que fomentan el miedo y la culpa, las agreden o las dejan solas en esta situación.

Un factor de demora muy importante —y que no tiene que ver con las circunstancias singulares de tipo social y subjetivo de las mujeres— está asociado con la criminalización y estigmatización del aborto en la Argentina. Las afectadas por esta causa son en particular las mujeres con menores recursos económicos, sociales y culturales. Las entrevistadas narran múltiples dificultades en el acceso a información y atención adecuada en el sistema de salud, que retrasan la efectucción del aborto. Varias de ellas enfrentaron diversos obstáculos en su tránsito por las instituciones, aun cuando sus casos podrían haber encuadrado claramente como abortos no punibles. Las barreras que se encuentran en el sistema de salud hacen que las mujeres recurran a métodos abortivos poco efectivos y seguros, antes de contactar a las socorristas. Otras mujeres manifiestan haber tenido dificultades en el acceso al medicamento en el mercado clandestino o haber tenido que repetir los tratamientos medicamentosos más de una vez. En otras ocasiones, los tratamientos fallidos se debieron a la mala calidad del medicamento utilizado o que la forma de administración recomendada fue errónea. Recién luego de atravesar todas estas dificultades, las mujeres llegan a encontrarse con las socorristas.

En ciertos casos, las mujeres cuentan con personas cercanas (madres, padres, amigos/as, parejas, entre otros/as) que las acompañan, las ayudan a sortear las contradicciones y a sostener el propio deseo. La relación con los varones que participaron de la concepción muy frecuentemente forma parte fundamental de lo que las mujeres consideran a la hora de decidir abortar. Hay mujeres que buscan y obtienen la compañía del varón en la decisión (sea este su pareja afectiva en ese momento, o no) y en otras ocasiones prefieren y deciden no dar aviso ni requerir de la compañía de ellos.

Las mujeres llegan a contactar a las socorristas de diversas maneras. Mujeres que ya recurrieron a ellas y personas que conocen el servicio lo recomiendan, y también lo hacen profesionales de la salud. Internet y las redes sociales son vías privilegiadas de acceso, junto con otras herramientas de difusión pública (volantes,

afiches, tarjetas, grafitis, etcétera). Con la decisión de abortar ya tomada, el socorrismo se presenta para las mujeres entrevistadas como un espacio que le da solución al problema que atraviesan. En efecto, las prácticas de cuidado socorrista incluyen un aspecto emocional que es muy valorado por ellas.

Las entrevistadas afirman que encontrarse con las socorristas les trajo calma, alivio y la posibilidad de afirmarse en su decisión, y al mismo tiempo, información completa que les dio seguridad, capacidad para evaluar y confianza en que podrían abortar. En efecto, en las reuniones cara a cara con las socorristas, las mujeres aseguraron que hubo espacio para considerar su situación singular (su contexto, sus redes de acompañamiento, sus posibilidades) y trazar estrategias de acuerdo a ello. Dos de ellas, incluso, consideraron el socorrismo como un espacio de legalidad.

A pesar de que aseguran que la información fue clara y aportó grados de tranquilidad, varias mujeres entrevistadas explicitaron que el temor no desapareció durante el acto concreto del aborto. Los miedos de los que hablaron hacen referencia a distintas cuestiones: a morir, a que las pastillas no hagan efecto, a que en los hospitales y las clínicas a las que acuden se den cuenta de que usaron medicación y las denuncien, a que las parejas se enteren, etc.

Una vez iniciado el proceso, el momento de la expulsión del producto del aborto se presenta como el más sobrecogedor en los relatos de las entrevistadas. Algunas de ellas lo viven con mayor aplomo y otras con angustia. Los testimonios indican que la experiencia varía según la expulsión se produzca en un hospital o en un domicilio. La expulsión en el hospital suele asociarse a una sensación de seguridad, porque todo queda en manos de profesionales y también porque muchas mujeres saben que no pueden acusarlas de haberse provocado un aborto con fundamento, ya que la medicación tomada por vía oral no deja rastros. Todo lo cual no impide que algunas mujeres experimenten sensaciones de temor al acudir al hospital. Cuando la expulsión se produce en un domicilio particular, en cambio, todo el proceso queda a

cargo de la mujer, apoyada por quien o quienes la acompañan. Se requiere en estos casos de decisiones prácticas e incluso de un accionar a veces presuroso, como la colocación de la bolsa, alcanzar a sentarse en el inodoro, saber qué hacer cuando la placenta tarda en bajar, entre otros. La única interlocutora externa en estos casos es la socorrista y las entrevistas demuestran que las mujeres no siempre siguen las indicaciones brindadas, pero aun así logran resolver las dificultades que se les presentan.

Los relatos muestran que en el momento de la expulsión se produce una coexistencia de emociones que podrían parecer contradictorias. El alivio, la culpa, la tristeza, el dolor, la alegría y la tranquilidad se mezclan y confunden. En ocasiones, lo decible y lo indecible de esa vivencia aparece en forma de llanto y de grito. Todas las mujeres que vieron el producto de la expulsión sintieron el impacto de esa visión. Cuando ese proceso se produce en el hospital, existen más probabilidades de que las mujeres puedan decidir si quieren o no ver el producto del aborto. Sin embargo, algunas entrevistadas narraron situaciones de maltrato relacionadas con la imposición de ver. En cambio, cuando el proceso se da en un domicilio particular y las mujeres deben autogestionarlo, las circunstancias se presentan como adversas para quienes no tienen intenciones de ver el producto de la expulsión. Algunas mujeres, al nombrar lo expulsado, utilizan la palabra “bebé”; otras utilizan la palabra “feto”, y otras, simplemente, lo llaman “eso”.

En su totalidad, las entrevistadas se mostraron satisfechas de haber podido completar el aborto y también evaluaron de forma positiva el acompañamiento que les brindaron las socorristas. Todas ellas aseguraron que recomendarían el servicio y algunas incluso ya lo habían hecho al momento de ser entrevistadas.

## **Aprendizajes de las socorristas**

Lo dicho en los grupos de discusión por las socorristas muestra el carácter continuo y dinámico de los aprendizajes que van

generando en la práctica de acompañar abortos con medicamentos en segundo trimestre de embarazo. Un aprendizaje que parece guiar la decisión de acompañar estos abortos en las socorristas es la certeza de que la decisión de abortar de las mujeres es categórica y se llevará a cabo con su compañía o sin ella. Entonces, al decidir acompañar estos abortos, las socorristas resuelven un dilema ético que se plantea entre brindar apoyo o dejar que las mujeres resuelvan sus abortos de maneras que pueden ser en extremo inseguras.

En la tarea de acompañar estos abortos, las socorristas consideran que transgreden y tensionan ciertos límites que para el sistema de salud tienden a presentarse como inflexibles. En algunos casos, exigen al sistema de salud formas de atención respetuosas de los derechos de las mujeres. A pesar de las rigideces institucionales que hacen que la provisión de servicios de aborto sea limitada y que el plazo de doce semanas de embarazo se convierta en una barrera casi infranqueable, las socorristas también han aprendido a entablar diálogos productivos con efectores/as de salud. En muchos lugares del país, encuentran profesionales que se disponen a ayudar y acompañar las decisiones de las mujeres de las más diversas maneras: a veces facilitan el contacto con las activistas, a veces invitan a las mujeres a realizarse los controles postaborto y a veces brindan atención respetuosa a mujeres con abortos en curso. Cuando dialogan con profesionales “amigables”, las socorristas buscan favorecer aprendizajes mutuos que redunden en mejores condiciones para la atención y salud de las mujeres.

Cada colectiva socorrista despliega estrategias específicas teniendo en cuenta el contexto local donde desarrolla su actividad. Pero también, una multiplicidad de saberes construidos en la práctica están disponibles para todas en la red de socorristas. A través de la red, cualquier colectiva socorrista que lo necesite puede disponer del apoyo y del consejo de otras colectivas y activistas experimentadas que colaboran en la solución de pro-

blemas y evacuación de dudas. Existen distintos dispositivos generados desde Socorristas en Red para dar un sostén colectivo al activismo de cada socorrista y de cada colectiva. Entre ellos, cabe mencionar las reuniones regionales, las reuniones plenarios que se realizan anualmente, y los intercambios permanentes por vía telefónica y correo electrónico. Los resultados de distintos trabajos de investigación y sistematización, entre los cuales incluimos este, forman parte de los materiales disponibles para apoyar el trabajo de las activistas.

Las conversaciones de los grupos de discusión también muestran que las activistas aprenden a entablar una relación social específica con las mujeres que solicitan acompañamiento. Las socorristas ofrecen contención a las mujeres en situaciones emocionales que pueden ser muy exigentes, atienden las eventualidades que puedan surgir y están atentas a las situaciones particulares de cada una de las mujeres. En esta relación, resulta fundamental evitar infantilizar, victimizar o tutelar. Por eso, las socorristas optan por brindar información completa acerca de los pasos que se deben seguir para provocar el aborto y de cómo será el proceso de aborto en sí, para que las mujeres puedan tomar decisiones responsables e informadas. Transmitir información completa favorece la coestión de los abortos. Es decir, las estrategias para cada aborto en segundo trimestre se construyen en diálogo con las mujeres que abortan, procurando que ellas se involucren, propongan y diseñen los cursos de acción con la colaboración de las socorristas. Así se decide en qué momento iniciar el procedimiento, cómo manejarse si quienes viven con la mujer no están en conocimiento del embarazo, qué hacer si la expulsión no se produce en el espacio proyectado, cómo garantizar el contacto con la socorrista cuando hay dificultades de conectividad, cómo sortear el miedo a ser denunciadas, entre otras cuestiones.

El vínculo entre socorridas y socorristas no es necesariamente de plena armonía, sino que pueden aparecer tensiones y conflic-

tos. En este sentido, las socorristas también aprenden a poner límites y a generar un compromiso político con las mujeres, cuando existen ciertas demandas que no pueden ni están dispuestas a resolver. Por ejemplo, saben que no pueden resolver el dolor que sienten las mujeres en el proceso de aborto, que no pueden garantizar a quienes no quieren ver el producto del aborto que esto no sucederá, y tampoco pueden asegurar del todo que si las embarazadas llegan a un hospital recibirán atención respetuosa en todos los casos.

Las socorristas han aprendido que en los abortos en segundo trimestre lo que se expulsa tiene una materialidad concreta. Por eso, resulta de suma importancia preparar a quienes estarán abortando, y a quienes las acompañarán, para ese momento. Las indicaciones para llevar adelante el procedimiento en la casa son detalladas e incluyen estrategias para que el proceso sea lo más sencillo posible y para que los restos puedan ser manejados de manera segura. Las socorristas también preparan a las mujeres que necesiten llegar a un hospital para que puedan demandar que sus derechos sean respetados, aunque no pueden garantizar que las mujeres recibirán un buen trato en el sistema de salud.

Los saberes que las socorristas han construido en su activismo confirman que se puede abortar con medicamentos en segundo trimestre de gestación y que esta práctica es segura para la salud de las mujeres. En los grupos de discusión entre socorristas, estas han acordado que la efectividad de la medicación para provocar abortos es alta, y también coincidieron en afirmar que el método combinado de medicación (mifepristona + misoprostol) genera abortos de mejor calidad: la expulsión tiende a suceder de manera completa de una sola vez (incluida la placenta) y el dolor parece ser más tolerable. Por otro lado, las socorristas han aprendido que, por razones de seguridad y cuidados, no resulta conveniente la utilización de la medicación por vía vaginal cuando se cursan abortos de segundo trimestre de gestación, ya que esta puede dejar restos

que luego sean utilizados para acusar a las mujeres de haberse provocado un aborto.

Las socorristas se comprometen en procesos de aprendizaje y transmisión de saberes que son veloces y están anclados con fuerza en la experiencia de acompañar abortos. Sus búsquedas y reflexiones se abren de modo progresivo hacia nuevas formas de ayudar a las mujeres en sus procesos de aborto, que no pasan únicamente por la apropiación de conocimientos provenientes de las ciencias médicas.

### **Información valiosa para ámbitos políticos y de salud**

Los resultados de la investigación presentados hasta aquí constituyen, en sí mismos, información valiosa para quienes toman decisiones en ámbitos políticos y de salud. El aborto en segundo trimestre de gestación es una necesidad de salud urgente para muchas mujeres. Brindar atención adecuada a esta necesidad palpante debería ser una preocupación tanto desde un punto de vista sanitario (por los riesgos de salud y los costos en vidas humanas que conlleva) como político (porque se trata de un asunto relativo a la justicia social, la vida, la dignidad y la libertad de las mujeres).

Esta investigación muestra que, en general, el sistema de salud actúa de acuerdo a límites sumamente rígidos a la hora de atender abortos. De hecho, la interpretación de las causales de no punibilidad se presenta como restrictiva y no parece darse atención adecuada a casos que sin lugar a dudas podrían atenderse como abortos legales.

Para las mujeres que necesitan abortar en segundo trimestre de gestación, existen dos instancias clave de contacto con el sistema de salud, donde la atención dista de ser la adecuada. Por un lado, la consulta profesional, donde las mujeres comunican su deseo de no continuar el embarazo; allí suelen ser atemorizadas y en general no se les brinda alternativa alguna, aun cuando ciertas



situaciones podrían encuadrar claramente dentro de las causales de no punibilidad. Por otro lado, la práctica ecográfica se presenta también como una instancia de cierta violencia, donde, en general, se da por supuesto que las mujeres desean continuar con el embarazo y no se consulta de manera respetuosa acerca de qué información sobre el embarazo desean saber, oír o ver.

Sin embargo, el sistema de salud no se presentó en esta investigación como un espacio homogéneo. A pesar del desalentador panorama general trazado hasta ahora, es necesario destacar que encontramos testimonios de modos de acompañamiento más amigables por parte de ciertos profesionales de la salud. Si bien ninguna de las entrevistadas recibió atención integral en el sistema de salud, algunas de ellas se encontraron con personal que las escuchó con atención y no desalentó la posibilidad de interrumpir el embarazo. En ocasiones, incluso, son los/as profesionales de la salud quienes facilitan el contacto de las socorristas a las mujeres. También, aunque son pocas/as, existen ecografistas que escuchan a las mujeres y las consultan respetuosamente acerca de si quieren ver imágenes y/o escuchar sonidos durante la práctica.

Quienes tienen la responsabilidad de intervenir en el debate parlamentario sobre la legalización del aborto y quienes cotidianamente toman decisiones sobre estas cuestiones en el ámbito sanitario y político deberían considerar las graves exclusiones que generan los plazos restrictivos para interrumpir embarazos. Cuando por fin se legalice el aborto, el sistema de salud deberá asumir la responsabilidad de dar respuesta a las interrupciones de embarazo en este tiempo gestacional, los/as profesionales necesitarán mayor capacitación y los saberes acumulados por las socorristas podrían ser fundamentales.

Mientras la ley continúe siendo restrictiva, las socorristas seguirán acompañando las decisiones de cada persona con capacidad de gestar y procurando que puedan acceder a abortos seguros y de calidad, dentro y fuera del sistema de salud.

## Bibliografia

---





## Bibliografía

- AA.VV. (2013), “Debate: Aborto, justicia, derechos”, *Mora*, vol. 19, n.º 1. Disponible en: <[www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-001X2013000100011](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2013000100011)>
- ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES (2013), “Aborto no punible. El fallo «F., A.L. s/medida autosatisfactiva». ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?”. Disponible en: <[www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39269.pdf](http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39269.pdf)>
- (2015), “Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación – Marzo de 2015”. Disponible en: <[www.adc.org.ar/wp-content/uploads/2015/03/Acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf](http://www.adc.org.ar/wp-content/uploads/2015/03/Acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf)>
- AGRUPACIÓN CIUDADANA POR LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO, ÉTICO Y EUGENÉSICO (2013), *Del hospital a la cárcel: Consecuencias para las mujeres por la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo en El Salvador*, San Salvador, Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenesico.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2016), *El Estado como “aparato reproductor” de violencia contra las mujeres: Violencia contra las mujeres y tortura u otros malos tratos en ámbito de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe*, Londres, Amnistía Internacional.
- BARBOSA, Regina María y Margareth ARILHA (1993), “The Brazilian Experience with Cytotec”, *Studies in Family Planning*, vol. 24, n.º 4.
- BAUM, Sarah; Teresa DEPIÑERES y Daniel GROSSMAN (2015), “Delays and Barriers to Care in Colombia among Women Obtaining Legal First- and Second-Trimester Abortion”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 131, n.º 3.

- BELFIORI, Dahiana (2015), *Código rosa. Relatos sobre abortos*, Buenos Aires, La Parte Maldita.
- BERGALLO, Paola y Agustina RAMÓN MICHEL (2009), “El aborto no punible en el derecho argentino”, *despenalización.org.ar*, n.º 9. Disponible en: [www.despenalizacion.org.ar/pdfhojas\\_informativas/09\\_bergalló\\_michel.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdfhojas_informativas/09_bergalló_michel.pdf)
- (2016), “Constitutional Developments in Latin American Abortion Law”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 135, n.º 2.
- BURTON, Julia y Guillermina PERALTA (2016) “Redes en torno al aborto clandestino: vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina”, *Clivajes*, n.º 6.
- BURTON, Julia (2017) “Registrar y acompañar: acciones colectivas por el derecho al aborto en la ciudad de Neuquén”, *Zona Franca*, n.º 25
- CARBAJAL, Mariana (2009), *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*, Buenos Aires, Paidós.
- CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS (2010), *Hoja informativa: Aborto y Derechos Humanos*. Disponible en: [www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Aborto%20y%20Derechos%20Humanos.pdf](http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Aborto%20y%20Derechos%20Humanos.pdf)
- (2013), *Excluidas, perseguidas, encarceladas: El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador*, Nueva York, Centro de Derechos Reproductivos.
- CHANETON, July y Alejandra OBERTI (2000), “Historia de Ana”, en AA.VV., *Aborto no punible. Concurso de ensayo: “Peligro para la vida y la salud de la madre”*, Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos.
- CHANETON, July y Nayla VACAREZZA (2011), *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*, Buenos Aires, Marea.
- CILUMBRIELLO, Antonietta y Daniela COLOMBO (2001), “La lucha por los derechos reproductivos en Italia”, en KLUGMAN, Barbara y Debbie BUDLENDER, *Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países*, Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos.

- CONSEJO LATINOAMERICANO CONTRA EL ABORTO INSEGURO (CLACAI) (2017), *Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: Procesos de registro y disponibilidad*, Lima, CLACAI. Disponible en: <clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/1000>
- CORREA, Sonia y Mario PECHENY (2016), *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*, Montevideo, Mujer y Salud en Uruguay.
- DEPIÑERES, Teresa, Sarah BAUM y Daniel GROSSMAN (2014), “Acceptability and Clinical Outcomes of First- and Second-Trimester Surgical Abortion by Suction Aspiration in Colombia”, *Contraception*, vol. 90, n.º 3.
- DEZA, Soledad (2016), *Libertad para Belén. Grito nacional*, Buenos Aires, Cienflore.
- DIDES, Claudia; Constanza FERNÁNDEZ y Gwendoline PELTIER (2015), “Aborto en Chile: Cifras y testimonios que respaldan la exigencia de la legalización del aborto por tres causales”, *Nomadías*, n.º 20.
- DROVETTA, Raquel Irene (2015), “Safe Abortion Information Hotlines: An Effective Strategy for Increasing Women’s Access to Safe Abortions in Latin America”, *Reproductive Health Matters*, vol. 23, n.º 45.
- DZUBA, Ilana; Beverly WINIKOFF y Melanie PEÑA (2013), “Medical Abortion: A path to Safe, High-Quality Abortion Care in Latin America and the Caribbean”, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 18, n.º 6.
- ENGLER, Verónica (2016), “La enfermedad es un fenómeno social, no es un fenómeno biológico”, Entrevista a Emerson Merhy, *Página 12*, 19 de septiembre. Disponible en: [www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html)
- EHRENREICH, Barbara y Deirdre ENGLISH (2006), *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*, Olmué, Metcalfe & Davenport. [Orig.: *Witches, Midwives, and Nurses: a History of Women Healers*, Nueva York, Glass Mountain Pamphlets, 1970].
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA

- Y OBSTETRICIA (FIGO) (2012), *Misoprostol. Recommended Dosages 2012*. Disponible en: <[www.figo.org/sites/default/files/uploads/projectpublications/Miso/Misoprostol\\_Recommended%20Dosages%202012.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/projectpublications/Miso/Misoprostol_Recommended%20Dosages%202012.pdf)>
- (2017), *Misoprostol-Only. Recommended Regimens 2017*. Disponible en: <[www.figo.org/sites/default/files/uploads/projectpublications/Miso/FIGO\\_Dosage\\_Chart%20EN\\_0.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/projectpublications/Miso/FIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf)>
- FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG) (2013), *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera edición*. Disponible en: <[despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Use-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf](http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Use-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf)>
- GEBRUERS, Cecilia y Natalia GHERARDI (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*, n.º 2. Disponible en: <[clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/792#sthash.8TI4HwNE.dpuf](http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/792#sthash.8TI4HwNE.dpuf)>
- GEBRUERS, Cecilia (2016), “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*, n.º 4. Disponible en: <[www.redaas.org.ar/archivos-recursos/348-Doc4\\_pdfweb\\_Gebruers\\_ok.pdf](http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/348-Doc4_pdfweb_Gebruers_ok.pdf)>
- GONZÁLEZ, Andrea (2015), “Narrativas, metáforas para pensar la pedagogía”, ponencia presentada en el simposio “Narrativas corporaborterías”, desarrollado en las XII Jornadas de Historia de las Mujeres y el VII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Universidad Nacional del Comahue, Neuquén.
- GROSSO, Belén; María TRPIN y Ruth ZURBRIGGEN (2013), “Políticas de y con los cuerpos: Cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar)”, en FERNÁNDEZ, Ana María y Wiliam SIQUEIRA PERES (eds.), *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*, Buenos Aires, Biblos.
- (2014), “La gesta del aborto propio”, en BELLUCCI, Mabel, *Historia de una desobediencia. Aborto y Feminismo*, Buenos Aires, Capital Intelectual.
- GROSSO, Belén y Ruth ZURBRIGGEN (2015), “Abortar y acom-

- pañar a abortar. Armándonos vidas activistas feministas afectadas”, ponencia presentada en VIII Seminario Internacional Políticas de la Memoria. Memoria. Verdad. Justicia. Debates y políticas de memoria en Argentina, Buenos Aires.
- (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*, n.º 8. Disponible en: <clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/862>
- GUTTMACHER INSTITUTE (2017), *Abortion in Latin America and the Caribbean*. Disponible en: <www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean>
- GROSSMAN, Daniel (2016), “El aborto en el segundo trimestre”, *Documentos REDAAS*, n.º 5. Disponible en: <clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/834#sthash.HsV4a8Xh.dpuf>
- HARRIES, Jane; Phyllis ORNER; Mosotho GABRIEL y Ellen MITCHEL (2007), “Delays in Seeking an Abortion until the Second Trimester: a Qualitative Study in South Africa”, *Reproductive Health*, vol. 4, n.º 7.
- HARRIS, Lisa H. (2008), “Second Trimester Abortion Provision: Breaking the Silence and Changing the Discourse”, *Reproductive Health Matters*, vol. 16, sup. 31.
- HARRIS, Lisa H. y Daniel GROSSMAN (2011), “Confronting the Challenge of Unsafe Second-Trimester Abortion”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 115, n.º 1.
- HUMAN RIGHTS WATCH (2005), *Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina*. Disponible en: <www.hrw.org/legacy/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>
- IPAS (2015), *Cuando el aborto es un crimen: La amenaza para mujeres vulnerables en América Latina*, Chapel Hill, IPAS.
- JELINSKA, Kinga y YANOW, Susan (2017), “Putting Abortion Pills into Women’s Hands: Realizing the Full Potential of Medical Abortion”, *Contraception*. En prensa.
- KAPLAN, Laura (1997), *The Story of Jane: The Legendary Underground Feminist Abortion Service*, Chicago, University of Chicago Press.
- KLEIN, Laura (2013), *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*, Buenos Aires, Paidós.



- KULCZYCKI, Andrzej (2011), “Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments”, *Studies in Family Planning*, vol. 42, n.º 3.
- LAZZARATO, Maurizio (2006), *Políticas del acontecimiento*, Buenos Aires, Tinta Limón. [Orig.: *La política dell' evento*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2004].
- LESBIANAS Y FEMINISTAS POR LA DESCRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO (2010), *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, Buenos Aires, El Colectivo.
- MAFFEO, Florencia; Natalia SANTARELLI; Paula SATTA y Ruth ZURBRIGGEN (2015), “Parteras de nuevos feminismos. Socorristas en red - feministas que abortamos: Una forma de activismo corporizado y sororo”, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 20, n.º 44.
- MAFFIA, Diana (2006) “Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?”, en CHECA, Susana (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Paidós.
- MARENGO, María Eugenia y Luciano FABBRI (2012), “El aborto es para nosotras un tema político y público”. Entrevista a Ruth Zurbruggen, *Debates Urgentes*, n.º 2.
- MARIO, Silvia y Edith Alejandra PANTELIDES (2007), *Morbilidad materna severa en la Argentina. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Resumen Ejecutivo*, Buenos Aires, CENEP - CEDES. Disponible en: <[www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2007/6845.pdf](http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/RE/2007/6845.pdf)>
- (2009), “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”, *Notas de Población*, n.º 87.
- MESSINA, Analía (2014), “Apuntes sobre el proceso de atención del aborto en el segundo trimestre”, Ponencia presentada en la Cuarta Conferencia Regional de CLACAI. Reafirmando el legado de Cairo: Aborto legal y seguro, Lima. Disponible en: <[www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/599](http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/599)>
- MINES, Ana; Gabi DÍAZ VILLA; Roxana RUEDA y Verónica MARZANO (2013), “«El aborto lesbiano que se hace con la mano». Continuidades y rupturas en la lucha por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012)”, *Bagoas*, n.º 6.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2005), *Guía para el*

- mejoramiento de la atención post-aborto*. Disponible en: <[www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf](http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf)>
- (2007), *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Disponible en: <[www.redmujer.org.ar/pdf\\_publicaciones/abortonopunible.pdf](http://www.redmujer.org.ar/pdf_publicaciones/abortonopunible.pdf)>
- (2015), *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, Buenos Aires. Disponible en: <[www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf)>
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD (2015), *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2013*, Serie 11, n.º 14. Disponible en: <[www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/Serie11Nro14.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/07/Serie11Nro14.pdf)>
- (2016), *Estadísticas vitales. Información básica*, Serie 5, n.º 59. Disponible en: <[www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf)>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2014), *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2003), *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Primera edición*. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824_spa.pdf)>
- (2006), *Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición*. Octubre. Disponible en: <[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)>
- (2011), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. 6º Ed.* Disponible en: <[www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241501118/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241501118/en)>
- (2012), *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Segunda edición*. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf;ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf;ua=1)>
- (2014), *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Disponible en:

- <apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715\_spa.pdf?ua=1&ua=1>
- PECHENY, Mario (2011), “«Yo no soy progre, soy peronista» ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?”, en BERGALLO, Paola (comp.), *Aborto y justicia reproductiva*, Buenos Aires, Ediciones del Puerto.
- PETRACCI, Mónica (2007), “Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América latina”, *despenalización.org.ar*, n.º1. Disponible en: <www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas\_informativas/01\_petracci.pdf>
- (2015), “Opinión pública y aborto. La sociedad discute sobre el aborto en América Latina”, en RAMOS, Silvina (Comp.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, Buenos Aires, México y Lima, CEDES - Population Council - Promsex.
- PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2017), “La regulación de la interrupción legal del embarazo en Argentina. Los principios que estableció la Corte Suprema de Justicia en el caso «FAL», marzo de 2012”. Disponible en: <www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/03/4.-NT-Fallo-FAL-2017-VF.pdf>
- RAMOS, Silvina (comp.) (2015), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, Buenos Aires, México y Lima, CEDES-Population Council-Promsex.
- RAMOS, Silvina; Mariana ROMERO y Lila AIZENBERG (2014), “Women’s Experiences with the Use of Medical Abortion in a Legally Restricted Context: the Case of Argentina”, *Reproductive Health Matters*, vol. 22, sup. 44.
- TEPPAZ, Daniel (2016), “Las interrupciones legales de embarazos como práctica integrada en los servicios del sistema de salud”, *Documento REDAAS*, n.º 6. Mayo. Disponible en: <www.redaas.org.ar/archivos-recursos/350-Doc6\_pdfweb\_Teppaz\_ok%20(1).pdf>
- TRPIN, María; Ruth ZURBRIGGEN y Magdalena CAMEJO (2015), “«Poner el cuerpo en los abortos»: Construcción de corpo-

- ralidades en la experiencia socorrista”, ponencia presentada en las XI Jornadas de Sociología de la UBA. Coordinadas contemporáneas de la sociología: tiempos, cuerpos, saberes, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- TURNER, Katherine L.; Alyson G. HYMAN y Mosotho C. GABRIEL (2008), “Clarifying Values and Transforming Attitudes to Improve Access to Second Trimester Abortion”, *Reproductive Health Matters*, vol. 16, sup. 31.
- VAGGIONE, Juan Marco (2006), *El aborto. Las nuevas fronteras*, Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir. Disponible en: <clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/831>
- ZAMBERLIN, Nina (2011), “El aborto no punible en Argentina”, *Topía*. Disponible en: <www.topia.com.ar/articulos/aborto-no-punible-argentina>
- ZURBRIGGEN, Ruth y Claudia ANZORENA (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 ZURBRIGGEN, Ruth y Claudia ANZORENA (comps.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*, Buenos Aires, Herramienta.
- ZURBRIGGEN, Ruth; Brianna KEEFE-OATES y Caitlin GERDTS (2017), “Accompaniment of Second-Trimester Abortions: the Model of the Feminist Socorrista Network of Argentina”, *Contraception*, en prensa. Disponible en: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(17)30393-1/fulltext>
- ZURBRIGGEN, Ruth; María TRPIN y Belén GROSSO (2013), “Decidir abortar, decidir acompañar. Socorro rosa: un servicio de prácticas y experiencias en clave feminista”, en ZURBRIGGEN, Ruth y Claudia ANZORENA (comps.), *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*, Buenos Aires, Herramienta.



## Anexo

---





## Las entrevistadas

**A-1: “... te sentís más acompañada, con cosas que sentís que no se las vas a poder contar a otra persona...”.**

Tiene 27 años al momento del aborto. Reside en Neuquén, en un barrio alejado del centro de la ciudad. Vive en pareja con el padre de sus dos últimos hijos. Tiene dos hijas de una relación anterior. Fue madre por primera vez a los 17 años. Tiene estudios secundarios incompletos, habla de esto como algo pendiente. Realiza trabajos de limpieza. Reconoce haber vivido situaciones de violencia de distinto tipo, en particular, perpetradas por los padres de sus hijas e hijos. Con su última pareja esto cambió, a partir de una separación que tuvieron durante un tiempo. Se realizó tres abortos. Dos en segundo trimestre, acompañada por La Revuelta, por ello ya contaba con datos de contacto de socorristas revueltas. Su pareja sabe y participa de la decisión de abortar.

Semanas de gestación al momento del aborto: 18.

**A-2: “... cuando vi a la otra chica que estaba en la misma situación que yo, fue como más, calmante, aliviante...”.**

Tiene 18 años al momento del aborto. Vive en una localidad ubicada aproximadamente a 100 km de la ciudad de Neuquén, junto a su abuela y su abuelo. Terminó de forma reciente sus estudios secundarios y tiene muchas proyecciones para seguir estudiando una carrera universitaria. Reconoce haber vivido situaciones de violencia. Nunca antes había estado embarazada. Consigue el dato de las socorristas de La Revuelta mediante una amiga que había sido acompañada a abortar.



tar. No le informa al joven del que queda embarazada sobre la realización del aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 23.

**A-3: “Yo tenía más meses de embarazo y la verdad que no fue tan doloroso, y no, tampoco peligroso”.**

Tiene 19 años al momento del aborto. Reside en una ciudad cercana a Neuquén. Terminó hace poco tiempo la escuela media y piensa seguir estudios universitarios. Trabaja como empleada de casas particulares, su empleadora es quien la ayuda a tomar la decisión de abortar y a conectarse con las revueltas socorristas. Practica deportes. Vive en pareja desde hace un año, con un joven con el que mantienen una relación estable desde hace cuatro años aproximadamente. No tuvo otros embarazos en su vida. Su pareja sabe y participa de la decisión de abortar.

Semanas de gestación al momento del aborto: 14.

**A-4: “No [le diría a una amiga que aborte]. Si no tiene otra solución, sí que se lo haga, pero desde el sentimiento no”.**

Tiene 22 años al momento del aborto. Reside en la ciudad de Neuquén. Terminó el colegio secundario y trabaja en una repartición dependiente del Estado. A los 17 años quedó embarazada de su primera pareja y tuvo un aborto espontáneo. Reconoce haber sufrido violencia del tipo emocional/psicológica por parte de su expareja y de la actual. El embarazo que aborta en el segundo trimestre se produjo por no usar método anticonceptivo, debido a que deseaba quedar embarazada. Consigue el dato de las socorristas de La Revuelta a través de internet; la búsqueda que realiza es “Aborto en Neuquén”. A la pareja actual no le contó acerca del aborto y el agravamiento de la relación violenta con él puede considerarse fundamental en su decisión de abortar.

Semanas de gestación al momento del aborto: 18.

**A-5: “[A una amiga] [y]o le diría mi experiencia, porque yo (...) ¡lo hice dos veces! Y con los mismos. ¿Entendés? Le pasaría mi experiencia”.**

Tiene 37 años al momento del aborto. Vive en la ciudad de Neuquén, en un asentamiento de tierras fiscales, donde construyó su casa. Tiene tres hijos y una hija. No terminó los estudios secundarios y trabaja en relación de dependencia en un empleo muy precarizado. Elige el turno noche para trabajar y así poder estar con sus hijos e hija durante el día. Refiere a varias situaciones de violencia vividas con su expareja. Actualmente sigue en un proceso judicial abierto vinculado a la tenencia de sus hijos e hija, días de visitas, cuota alimentaria, etc. Se practicó dos abortos en segundo trimestre. En ambos casos recurrió a La Revuelta, por ello ya contaba con formas de contacto. No hace partícipe a la persona de la que está embarazada de la decisión del aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 14 y media.

**A-6: “... realmente unos re patas los médicos ¿no?, porque uno no piensa que te van a ayudar en este tipo de cosas...”.**

Tiene 21 años al momento del aborto. Vive en la ciudad de Neuquén, con su madre y con su padre. Refiere que en los dos últimos años del colegio secundario sufrió situaciones de violencia de parte de sus compañeras y compañeros. Actualmente está cursando un profesorado vinculado al arte. Nunca antes había estado embarazada. Al momento de confirmarse el embarazo comienzan a desatarse situaciones de violencia con quien fuera su novio y él corta la relación. Reconoce en su madre a la persona que la ayuda a tomar la decisión de abortar. Consigue el dato de las socorristas de La Revuelta por medio de personal de salud del servicio de ginecología del Hospital Regional Castro Rendón. No hace partícipe a la persona de la que está embarazada acerca de la decisión de abortar; unas semanas más tarde —por medio de comunicación telefónica— le manifiesta que tuvo un aborto espontáneo.

Semanas de gestación al momento del aborto: 14.

**A-7: “En realidad me imaginé que eran médicos [las socorristas]. Fue lo primero que se me pasó. Que tenían un consultorio privado. Fue lo que me imaginé”.**

Tiene de 26 años al momento de practicarse el aborto. Vivió casi toda la vida en una pequeña localidad que se encuentra aproximadamente a 400 km de la ciudad de Neuquén, donde recientemente se radicó. Relata haber sufrido una situación de abuso cuando tenía 14 años. Fue madre por primera vez a esa misma edad. Tiene cuatro hijas. Nunca antes había abortado. Terminó el secundario pero no pudo seguir estudiando. Trabaja en su casa, cuidando a sus dos hijas más pequeñas y en tareas del hogar. Una médica del Hospital Regional Castro Rendón le menciona la existencia de La Revuelta, y ella sale del consultorio y ve carteles en pasillos del hospital con el número de teléfono, así es que se conecta con las socorristas. Su pareja sabe y participa de la decisión de abortar.

Semanas de gestación al momento del aborto: 16.

**A-8: “Y me sentí re feliz (...) sentía que no sé como que ¡ya está! Me saqué una mochilota de encima. Sí eso, una carga total, pero al mismo tiempo me sentía re culpable y mala”.**

Tiene 29 años al momento de practicarse el aborto. Vive en una ciudad cordillerana de la provincia de Río Negro. Fue madre por primera vez a los 16 años. Tiene una hija de 13 años. Terminó los estudios secundarios, cursa estudios terciarios y trabaja. Actualmente vive en la casa de una amiga, escapando de una relación de pareja de mucha violencia. No tuvo abortos anteriores. El embarazo que decide abortar es resultado de una violación perpetrada por quien fuera su pareja por varios meses. Consigue el dato de las socorristas a través de su amiga, quien había escuchado programas de radio vinculados al tema y ambas acuden a la radio a buscar formas de contacto. Aborta acompañada por socorristas de dos colectivas. Empieza su tratamiento con medicamentos en su casa y lo continúa en Neuquén, dado que no

quería que nadie de la localidad se enterase de su embarazo y aborto. No hace partícipe a la persona de la que está embarazada de la decisión del aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 22.

**A-9: “Creo que al ser con tantas mujeres te da la facilidad de abrirte más, y también de escuchar que no sos la única que tomás decisiones”.**

Tiene 31 años al momento de utilizar la medicación para abortar. Vive en una pequeña localidad situada a alrededor de 100 kilómetros de la capital de Neuquén. Tiene que trasladarse casi 10 kilómetros para acceder al transporte público que pasa por la ruta cercana. Fue madre por primera vez a los 14 años. Tiene cinco hijos/as. Reconoce haber sufrido violencia física por parte del padre de sus hijos/as. Tiene estudios secundarios incompletos. Espera poder terminarlos el año próximo. Recibe un ingreso de planes sociales del gobierno. Una médica ginecóloga del hospital donde acude le menciona la existencia de La Revuelta y le habla del sitio de internet donde buscarlas. Habló en la entrevista del vínculo de amistad que tiene con su hija más grande y reconoce que sin el acompañamiento de ella no hubiese podido abortar. Mantiene una relación estable no conviviente con el padre de sus hijos/as. Él sabe de su decisión de abortar

Semanas de gestación al momento del aborto: 14.

**A-10: “Para mí, yo sin las chicas no hubiera podido hacer nada, si ellas no hubieran estado. En todo momento me acompañaron”.**

Tiene 35 años al momento de practicarse el aborto. Es soltera y vive sola, en una ciudad de la provincia de San Luis. Cursa estudios universitarios. Actualmente no tiene trabajo. Hasta hace un mes trabajaba en una empresa de seguridad. No tuvo otros embarazos. Su mamá la acompaña en la decisión de abortar. Se conecta con el grupo de socorristas de esa localidad por medio

de una obstetra amiga. Reconoce haber vivido situaciones de violencia con quien fue su pareja al momento del embarazo que decide abortar. No hace partícipe a esta persona de la decisión del aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 22.

**A-11: “Yo digo: bueno, capaz que si le aviso que estoy en la guardia se va a acercar. Como para no estar tan sola en el momento en el que estás con el médico”.**

Tiene 21 años al momento de practicarse el aborto. Vive en la ciudad de Neuquén. Tiene estudios secundarios incompletos, que desea terminar. Tiene un hijo y está en pareja con el padre del niño. Reconoce haber sufrido situaciones de violencia. Trabaja de manera precarizada como consultora telefónica. Es militante de un partido político. El contacto con las socorristas de La Revuelta lo consigue a través de su hermana, dado que una cuñada de ella había abortado acompañada por la colectiva. El embarazo que aborta es de una relación ocasional que mantiene con un joven mientras se encuentra separada de su pareja actual. Su pareja sabe de la decisión del aborto. A la persona de la que está embarazada le dice desde un primer momento sobre su decisión de abortar, aunque en el momento del aborto ya no mantiene ninguna relación con él.

Semanas de gestación al momento del aborto: 20.

**A-12: “Sí, yo pienso que sí, que tiene que ser legal. Porque yo pienso que si yo no las hubiese encontrado a ustedes, el día de hoy estaría por tener, creo”.**

Tiene 18 años al momento de abortar. Reside en una ciudad de la provincia de Río Negro. Terminó de cursar estudios de nivel medio estando embarazada y a raíz de esta situación sufrió situaciones de violencia en la escuela. Actualmente está iniciando sus estudios universitarios. El embarazo es producto de un encuentro con un joven con quien no tenía una relación estable

y a quien no conocía demasiado. Es quien le insiste con el aborto desde un primer momento. No tuvo otros embarazos en su vida. Su padre y su madre la acompañan en la decisión de interrumpir el embarazo. Su mamá estaba embarazada en el tiempo que ella necesita abortar, y esta situación le provoca confusiones y angustias. Intenta abortar con misoprostol, asistida de manera gratuita por un médico ginecólogo. Utiliza varias veces la medicación —siguiendo los protocolos vigentes— sin los resultados esperados. Un trabajador social del mismo hospital le pasa el dato de las socorristas. El ginecólogo también le sugiere conectar a socorristas en el proceso. No tuvo nunca más contactos con el joven del que estaba embarazada.

Semanas de gestación al momento del aborto: 14/15.

**A-13: “Necesitás tener a alguien. Y por más que las socorristas estén, necesitás tener a alguien ahí, al lado tuyo, porque sola no podés hacerlo”.**

Tiene 23 años al momento del aborto. Vive en la ciudad de San Juan y estudia Derecho en la universidad. Recibirse es su meta y el aborto fue una decisión clara porque el embarazo se interponía con ese objetivo. Vive con su madre y en su casa. Relata un período de violencias en su primer noviazgo de los 16 a los 20 años, experiencia que marcó su vida pero a la que puede volver de manera muy reflexiva. Su familia, sobre todo su madre, la ayudó a salir de la situación. Nunca antes estuvo embarazada. El embarazo fue la consecuencia de una relación sin métodos anticonceptivos con una expareja, a la que no le comentó de su decisión de abortar. Sintió la necesidad de hacerlo después, pero reconoce que no fue bueno, porque la persona de alguna manera intentó hacerla sentir culpable. Se conecta con el grupo de socorristas de esa localidad mediante una amiga (quien antes había estado en el espacio activista) y es quien la acompaña en todo el proceso.

Semanas de gestación al momento del aborto: 21.

**A-14: “Sabía que ella [una amiga] tenía ese contacto, sabía ella, y yo confío en su juicio...”.**

Al momento del aborto tiene 24 años. Vive en la ciudad de Mendoza. Tiene un hijo y vuelve a vivir con su madre a raíz de una separación. No tuvo abortos anteriores. Culminó estudios secundarios y está cursando una tecnicatura vinculada al arte. Reconoce haber vivido situaciones de violencia laboral en una empresa donde trabajó y por esa misma razón decide renunciar. Ahora, trabaja los fines de semana en un restaurante. No tuvo abortos anteriores. Se había separado al momento del embarazo que luego aborta y no tenía seguridad de con quién había tenido la relación sexual de la que resultó embarazada. No hace partícipe a ninguno de los dos varones con quienes había tenido relaciones sexuales de su decisión de abortar. Una amiga resultó un apoyo fundamental para su decisión, tanto en el acompañamiento durante el proceso como luego del aborto. Es ella quien la conecta con La Malona, la colectiva socorrista de Mendoza. Su amiga conocía a las socorristas por haber sido acompañada a abortar con anterioridad.

Semanas de gestación al momento del aborto: 16.

**A-15: “Más segura, yo salí más segura, y más segura con mi decisión y más segura con lo que iba a hacer también (...) no es que no te funciona esto y nos lavamos las manos y nunca más”.**

Tiene 26 años al momento del aborto. Reside en una ciudad cercana a la capital de Neuquén. Vive en pareja. Es licenciada en Trabajo Social y cursó sus estudios universitarios en la Universidad Nacional del Comahue. Se siente muy orgullosa por haber podido terminar la carrera y estar trabajando luego de tantos años de estudio. Desde hace dos meses trabaja en una dependencia estatal, en la misma ciudad donde reside. Reconocer haber vivido situaciones de violencia por parte de una pareja anterior y desde muchos otros espacios. Enmarca esto en el sistema patriar-

cal en el que vivimos. Nunca antes estuvo embarazada. Una amiga, que había abortado acompañada por La Revuelta, es quien le facilita los datos de contacto. Su pareja sabe y participa de la decisión de abortar.

Semanas de gestación al momento del aborto: 16.

**A-16: “...lo sentía a mi bebé en la panza, se movía, todo, pero bueno, si él no me acompañaba [su pareja], yo no podía hacerlo sola, no quería hacerlo sola. No era que no podía, sí podía, pero no quería”.**

Tiene 32 años al momento del aborto. Reside en la ciudad de Neuquén, en un barrio periférico de la ciudad. Culminó sus estudios secundarios, empezó y dejó inconclusa una carrera en la Universidad Nacional del Comahue. Trabaja como empleada doméstica. Tiene tres hijos/as. Se quedó embarazada por primera vez a los 12 o 13 años. Su hermano y su madre quisieron que abortara, pero ella prefirió en ese momento seguir su embarazo. Queda embarazada de una pareja con la que convive hace aproximadamente un año. Relata que en ese momento no utilizaba métodos anticonceptivos y que cuando quedó embarazada decidió continuar el embarazo. Inició los controles médicos en el Centro de Salud del barrio donde vive. Sufría maltrato por parte de su pareja y decide abortar luego de una seguidilla de hechos de violencia con él. Oculta el aborto a su pareja. Una amiga le facilita el contacto con La Revuelta. También manifiesta que tenía referencias de las socorristas porque acompañaron a una de sus hermanas a abortar.

Semanas de gestación al momento del aborto: 23.

**B-1: “[La socorrista] me empezó a decir que todavía se podía hacer algo(...) y ¡nooo! ¡Era como una súper alegría!”.**

Tiene 23 años al momento de hacerse el aborto y reside en el Gran Buenos Aires. Cursa estudios terciarios. Trabaja en un horario extenso como empleada de comercio y vive con su ma-



dre, su padre y su hermano. No refiere haber vivido situaciones de violencia. En la entrevista, relata confusamente un embarazo previo y un posible aborto con medicamentos. No tiene una pareja estable; la persona de la que está embarazada es extranjera, sabe del embarazo y la apoya en su decisión de abortar. En el momento del aborto él ya había regresado a vivir a su país de origen. No estuvo con ella durante el proceso. Intenta interrumpir el embarazo con pastillas de misoprostol que no dan el resultado esperado. Luego de eso, recurre a las socorristas.

Semanas de gestación al momento del aborto: 18.

**C-1: “... yo lo puse en una bolsa y busqué un contenedor de basura lejos de mi casa en el centro. Y ahí lo tiré”.**

Tiene 41 años al momento del aborto. Reside en la ciudad de Córdoba junto a sus hijos/as adolescentes. Está finalizando sus estudios universitarios y trabaja en un proyecto afín a su formación. Se casó a los 21 años, embarazada, escapándose de una familia autoritaria y conservadora. Transitó en su juventud por otros dos abortos, uno espontáneo y otro provocado. El embarazo que aborta en segundo trimestre se da en el marco de una crisis matrimonial, en una de las varias separaciones e intentos de recuperación de la pareja, signada por situaciones de violencia y en instancias en las que C-1 no estaba utilizando anticoncepción. Llega a las socorristas por intermedio del Consultorio de Salud Integral, después de haber realizado muchas llamadas telefónicas y haber visitado consultorios de distinta índole. No hace partícipe de su decisión a su expareja.

Semanas de gestación al momento del aborto: 16.

**C-2: “... en el grito yo veía todo, yo sentía todo: alivio, tristeza, dolor...”.**

Tiene 24 años al momento de realizarse el aborto. Es oriunda de otra ciudad, pero se traslada a la capital de Córdoba, para reiniciar sus estudios universitarios. Trabaja en un bar. Sus trabajos,

en general, se caracterizan por ser informales y van variando en función de los horarios de cursado de la facultad y de la cercanía a su casa. Toca música y baila. Refiere haber vivido situaciones de violencia. Nunca antes estuvo embarazada. Intentó interrumpir la gestación con misoprostol durante el primer mes de embarazo, siguiendo indicaciones dadas a su pareja por socorristas de la ciudad donde vivía antes. El aborto no se produjo. Luego de este intento, una amiga de Rosario le pasa otro contacto con socorristas. Su pareja sabe y participa de la decisión del aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 23.

**C-3: “Yo de acá le hablaba [a la socorrista] y ella era una tranquilidad, una paz a la distancia pero a la vez me sentía acompañada. Cortaba con [la socorrista] y me sentía desolada. Me sentía sola”.**

Tiene 37 años al momento del aborto. Reside en un paraje que queda a 180 kilómetros de la ciudad de Córdoba. Vive en pareja con el padre de sus dos hijos varones, en una vivienda en semi construcción, sin agua potable. No hay referencia a sus estudios en la entrevista. Hace muy poco inició un emprendimiento laboral en su casa. Tuvo un embarazo de riesgo que culminó con un aborto espontáneo. Llega a las socorristas por intermedio de personal de salud amigable.

Semanas de gestación al momento del aborto: 20.

**C-4: “[la socorrista] me tranquilizó mucho y me hizo sentir tranquila y cómoda también con mi decisión, porque por ahí uno aunque decida no se siente cómodo, ¿viste?”.**

Tiene 26 años al momento de abortar. Reside en la ciudad de Córdoba. Culminó estudios secundarios y en la actualidad estudia una carrera artística. Tiene un trabajo informal. Refiere que ha sufrido situaciones de violencia. No está en pareja. Este es su segundo aborto medicamentoso; el primero, de pocas semanas de gestación, fue acompañado por personal de salud de manera

ambulatoria en la casa de su novio. Para este segundo aborto busca en internet el número telefónico de las socorristas. La persona de la que está embarazada es la misma con la que transitó el aborto anterior, la diferencia es que ya no están en pareja para cuando ella se entera del embarazo. Refiere en la entrevista que toman juntos la decisión del aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 17.

**D-1: “... ellas [las socorristas] para mí eran como mi salvación. Hasta el día de hoy, creo que lo sigo pensando, que ellas fueron lo mejor que me pude haber cruzado en mi vida”.**

Tiene 24 años al momento del aborto. Reside en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos; está finalizando sus estudios secundarios, y se encuentra buscando trabajo. Hace ocho meses se separó de su pareja y ha comenzado a reconocer, en ese vínculo, múltiples violencias. Actualmente vive con sus dos hijos/as, su madre y padre y dos hermanos. Su abuela y abuelo también colaboran con el cuidado de los niños/as y con la economía familiar. Tuvo antes un aborto provocado, cuando tenía 15 años. En esa ocasión estuvo acompañada por una tía y su madre. En esta oportunidad se contacta con las socorristas por medio de una de las médicas ginecólogas que consulta. Le dice a la persona de la que está embarazada de su decisión de abortar. Éste busca datos de un curandero que le sugiere la ingesta de una serie de tés.

Semanas de gestación al momento del aborto: 17.

**D-2: “Y como que estaba neutra, como que no quería pensar y seguía la vida normal, como que no pensaba en eso, la verdad que no pensaba que estaba embarazada”.**

Tiene 25 años al momento del aborto. Vive en la ciudad de Paraná, capital de Entre Ríos. Desde hace seis años convive con su pareja. En la actualidad trabaja en una tienda y cursa estudios de tecnicatura. No tuvo embarazos anteriores. Se contacta con las socorristas apenas se entera del embarazo, a la novena sema-

na, por medio de una amiga que había abortado con ellas. Habla con su pareja sobre el embarazo y sobre su decisión de abortar. Al comienzo él no quería que abortara, pero ella se decide y le explicita que lo hará sola si él no está de acuerdo. Finalmente él la acompaña cuando se practica el aborto.

Semanas de gestación al momento del aborto: 20.



## Las autoras

---





## Las autoras

**Ruth Zurbriggen.** Activista feminista no heterosexual, socorrista, maestra, educadora e investigadora en temas de sexualidades, pedagogías, géneros y educación sexual integral. Activa en la Colectiva Feminista La Revuelta desde 2001. Impulsó la conformación de Socorristas en Red (feministas que abortamos) en 2012. Integra REDAAS (Red por el Acceso al Aborto Seguro). Acompaña a abortar en el primer y segundo trimestre de gestación.

**Nayla Vacarezza.** Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires e Investigadora del CONICET. Es activista feminista y actualmente investiga el rol político de los afectos en las luchas por el derecho al aborto en América Latina. Es coautora, junto con July Chaneton, del libro *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones* (Marea, 2011).

**Graciela Alonso.** Docente, feminista, socorrista e investigadora. Integrante de la Colectiva Feminista La Revuelta desde 2001. Profesora Adjunta de la Universidad Nacional del Comahue en el área de Investigación Educativa. Investigadora en el campo de estudios de género, sexualidades e interculturalidad crítica. Directora de la Especialización en educación y estudios interculturales, de géneros y sexualidades.

**María Trpin.** Activista socorrista de la Colectiva Feminista La Revuelta; integra la comisión interdisciplinaria de asesoramiento del Protocolo de intervención institucional ante de-



nuncias por situaciones de violencia sexista en el ámbito de la Universidad Nacional del Comahue; docente a cargo del Taller Derechos Humanos: educación sexual integral y relaciones de género en el Instituto Superior de Formación Docente n.º 12 de Neuquén.

**Belén Grosso.** Activista feminista socorrista de la Colectiva Feminista La Revuelta y de Socorristas en Red. Maestra apasionada, egresada del Instituto Superior de Formación Docente n.º 12 en la provincia de Neuquén. Defensora de lo público de la educación.

Las autoras forman parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.



---

Ediciones La Parte *Maldita*

> [www.edlapartemaldita.com.ar](http://www.edlapartemaldita.com.ar) <

> [edlapartemaldita@gmail.com](mailto:edlapartemaldita@gmail.com) <

> [twitter.com/lapartemaldita](https://twitter.com/lapartemaldita) <

> [facebook.com/edlapartemaldita](https://facebook.com/edlapartemaldita) <

---

Esta edición se terminó de imprimir en el mes de agosto de 2018, en los talleres gráficos de Tecnooffset, Araujo 3293, Ciudad de Buenos Aires, República Argentina.



