



TEMÁTICA

El misoprostol como fármaco abortivo: el proceso de co-construcción de su posología

Mateo, Natacha*

Resumen

En la actualidad, el misoprostol es la droga recomendada por la Organización Mundial de la Salud para realizar abortos de forma segura y ambulatoria. En este artículo exploraremos la controversia en torno al proceso de co-construcción de sus indicaciones como droga abortiva en Argentina durante la década del 2000. A diferencia de otros países latinoamericanos, sus primeros usos como inductor contráctil en el campo de la gastroenterología no se habían realizado para este tipo de prácticas. Proponemos una estrategia metodológica diversificada que incorpora no solo los discursos, sino también las prácticas de quienes estuvieron involucrados en el período analizado a partir del análisis de fuentes escritas y entrevistas en profundidad. A partir de una problematización de la búsqueda de una posología efectiva del misoprostol desde la perspectiva de la construcción social de la tecnología, proponemos una serie de discusiones en torno de la evidencia científica y las indicaciones por parte de los/as profesionales de la salud, las mujeres que utilizaron la medicación y el movimiento feminista. A diferencia de la propuesta analítica de visiones lineales de la innovación tecnológica, en este artículo indagamos en la centralidad de estos actores durante la década analizada en la controversia en torno de una posología efectiva del misoprostol como droga abortiva.

Palabras clave: misoprostol; aborto; posologías; tecnologías biomédicas

Procedencia: Este artículo parte de la tesis doctoral: «El misoprostol como droga abortiva: un estudio de su trayectoria socio-técnica y tecno-cultural» realizada en el marco del Doctorado en Comunicación de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata y fue financiada con una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Una versión de la misma puede ser encontrada en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/151679> . Recibido el 3/5/23, aprobado el 6/10/23 y publicado el 9/10/23.

DOI: <https://doi.org/10.33255/3469/1624>

Autoría: *Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina).

Contacto: mateonatacha@gmail.com



Misoprostol as an abortion drug: the co-construction process of its posology

Abstract

Currently, misoprostol is the drug recommended by the World Health Organization for safe and ambulatory abortions. In this article we will explore the controversy surrounding the process of co-construction of its indications as an abortifacient drug in Argentina during the 2000s. Unlike other Latin American countries, its first uses as a contractile inducer in the field of gastroenterology had not been recognized for this type of practice. We propose a diversified methodological strategy that incorporates not only the discourses, but also the practices of those who were involved in the period analyzed from the analysis of written sources and in-depth interviews. Starting from a problematization of the search for an effective dosage of misoprostol from the perspective of the social construction of technology, we propose a series of discussions around scientific evidence and indications by health professionals, women who used the medication and the feminist movement. Unlike the analytical proposal of linear visions of technological innovation, in this article we investigate the centrality of these actors during the decade analyzed in the controversy surrounding an effective posology of misoprostol as an abortion drug.

Keywords: misoprostol; abortion; posology; biomedical technologies

Misoprostol como fármaco abortivo: o processo de co-construção de sua posologia

Resumo

Atualmente, o misoprostol é o medicamento recomendado pela Organização Mundial da Saúde para realizar abortos de forma segura e ambulatorial. Neste artigo exploraremos a controvérsia em torno do processo de co-construção de suas indicações como droga abortiva na Argentina durante os anos 2000. Diferentemente de outros países latino-americanos, seus primeiros usos como indutor contráctil no campo da gastroenterologia não tinham sido realizados para este tipo de práticas. Propomos uma estratégia metodológica diversificada que incorpora não apenas os discursos, mas também as práticas dos atores envolvidos no período analisado, a partir da análise de fontes escritas e entrevistas em profundidade. A partir de uma problematização da busca de uma dosagem eficaz do misoprostol sob a perspectiva da construção social da tecnologia, propomos uma série de discussões em torno de evidências científicas e indicações de profissionais de saúde, mulheres usuárias do medicamento e do movimento feminista. Diferentemente da proposta analítica de visões lineares da inovação tecnológica, neste artigo investigamos a centralidade desses atores durante a década analisada na controvérsia em torno de uma dosagem efetiva de misoprostol como droga abortiva.

Palavras-chave: Misoprostol; aborto; posologias; tecnologias biomédicas

Introducción

En la actualidad, el misoprostol es una droga que se utiliza en la inducción de contracciones para la realización de abortos ambulatorios tanto en contextos de legalidad como de ilegalidad. En Argentina, recién en 2018 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) –el organismo que regula la producción de medicamentos, alimentos y tecnología médica– aprobó su uso con esos fines. Su inscripción inicial como dispositivo farmacológico se realizó en el campo de la gastroenterología –en un primer momento, el laboratorio que lo diseñó lo inscribió como un protector gástrico que prevenía la úlcera péptica, contraindicado en mujeres embarazadas por generar contracciones uterinas–. Sin embargo, desde mediados de la década de 1990 se utiliza en ginecología por fuera de sus indicaciones oficiales.

En este artículo pondremos en debate dicha inscripción a partir de mostrar la agencia de otros grupos sociales relevantes en el proceso de diseño de esta tecnología farmacológica: tanto las mujeres que testearon formas posibles de uso de la medicación con el fin de interrumpir sus embarazos por fuera de todo protocolo clínico como activistas y médicas feministas que contribuyeron a la construcción de este artefacto como un inductor contráctil.

Ahora bien, estas experiencias adquirieron diferentes recorridos. Luego de que se registrara el misoprostol como nueva droga en la U.S. Food and Drug Administration (FDA), en los países europeos donde el aborto era legal comenzaron a realizarse ensayos clínicos que lo estudiaban en asociación con la mifepristona, una droga que, al ser un antiprogestágeno, detiene el embarazo; luego, con algunas dosis de misoprostol, se expulsa el saco gestacional del útero. Estas pruebas adquirieron estatus de hecho científico y sus resultados se publicaron en revistas internacionales de ciencias médicas (David, 1992; Norman et al., 1991; Peyron et al., 1993) y revistas de amplio reconocimiento en el área de ginecología y obstetricia (Avrech, 1991; Elul et al., 1999; Mahajan y London, 1997; Schaff et al., 1999; Thong y Baird, 1992).

No obstante, en América Latina el uso del misoprostol no estuvo asociado a la mifepristona hasta la segunda década del siglo XXI. En algunos países como Brasil, las farmacias, los/as médicos/as, el laboratorio, las propias mujeres y los medios impresos y televisivos formaron parte de una gran cadena que, en la década de 1980, transformaron de alguna manera la contraindicación del misoprostol –es decir, su uso como inductor de contracciones– en una indicación en ese exacto sentido, con fines abortivos (Mateo, 2022).

A diferencia del resto de América Latina, en Argentina sus primeros usos en la práctica clínica ginecológica estuvieron asociados a la inducción de

contracciones en el parto o a la expulsión de fetos muertos en casos de embarazo retenido (HMYR). Es a partir de la década del 2000 cuando comienzan a encontrarse referencias a su uso para la inducción de abortos sin que se hubieran realizado aún ensayos clínicos al respecto. Estas prácticas se enmarcan en un contexto donde el aborto era ilegal (recién en 2020 se aprueba la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo). En esta década es posible identificar diferentes grupos involucrados en la construcción del artefacto que hacen referencia a su utilidad como inductor de contracciones y su potencialidad como fármaco interruptor de la gestación.

Este trabajo se encuadra en una investigación doctoral más amplia que analiza la construcción del misoprostol en tanto droga abortiva como un fenómeno sociotécnico y tecnocultural desde su invención en la década de 1970 hasta 2020. La misma se encuentra en diálogo con los estudios constructivistas de otro tipo de tecnologías: la píldora anticonceptiva (Felitti, 2012), los implantes subdérmicos (Rustoyburu, 2020, 2021; Rustoyburu y Ariza, 2022; Rustoyburu y Mateo, 2020), las técnicas de reproducción asistida (Ariza, 2010, 2014, 2015, 2016, 2017) y los procesos de hormonización en personas trans (Dellacasa, 2017, 2020; Roca y Dellacasa, 2015). En el caso específico del misoprostol, varias autoras han situado sus investigaciones sobre el recorrido de este fármaco en América Latina (Grosso et al., 2013; Morgan, 2019; Zordo, 2016). En ese marco, este artículo se propone estudiar el proceso de construcción de las indicaciones del misoprostol como droga abortiva en Argentina durante la década del 2000 por diferentes grupos sociales relevantes.

Para la realización de abortos medicamentosos ambulatorios, en la actualidad se utilizan doce comprimidos en tres colocaciones de cuatro pastillas cada una que pueden colocarse de forma vaginal o sublingual en diferentes intervalos horarios. El recorte temporal de este artículo responde justamente al momento en que sucedió la controversia sobre esta posología en Argentina.

En un primer momento presentaremos una problematización de la posología del misoprostol desde la perspectiva de la construcción social de la tecnología. Luego nos centraremos en la estrategia metodológica. Acto siguiente, se dará cuenta del análisis a partir de cuatro apartados: una discusión en torno a la evidencia científica y la de las indicaciones por parte de los/as profesionales de la salud, las mujeres que utilizaron misoprostol y el movimiento feminista. Por último, haremos referencia a los hallazgos a los que hemos arribado.

La construcción de las posologías como problema de investigación

Con el fin de problematizar cómo se construyeron las indicaciones del misoprostol como droga abortiva, nos situaremos en una matriz constructivista para problematizar las tecnologías biomédicas. Por un lado, nos interesa pensar la relación entre tecnología, sociedad y cultura. Las perspectivas donde los análisis sociológicos, tecnocientíficos, económicos, médicos y comunicacionales están permanentemente entrelazados implican enmarcarnos en la sociología de la tecnología, situarnos en una matriz constructivista del análisis tecnológico y considerarlo como un artefacto farmacológico.

Por otro lado, consideramos que los estudios de controversias (Collins, 1975; Collins y Pinch, 2010) resultan centrales para problematizar las tecnologías asociadas a la sexualidad y la reproducción. Ejemplo de ello es el estudio sobre la controversia en torno del uso abortivo de la mifepristona. En este marco analítico, Clarke y Montini (1993) abordan dicha tecnología biomédica, denominada también RU486, como un actor no-humano construido heterogéneamente por diversos actores: científicos/as, empresas farmacéuticas, grupos médicos, grupos antiaborto y colectivos por la salud de las mujeres. Las autoras concluyen que «no es RU486 en particular lo que genera controversia, sino ciertamente cualquier abortivo oral y probablemente cualquier otra innovación tecnológica importante en el campo del aborto» (Clarke y Montini, 1993, p. 68)¹, lo que pone en primer plano la relevancia de problematizar las tecnologías biomédicas en la materia.

Si tenemos en cuenta que los estudios de controversias han permitido, desde fines de la década de 1980, la expansión de las críticas a los modelos líneas de explicación de los procesos de innovación por no poder problematizar el contenido de las tecnologías (Kline, 1985; Pinch y Bijker, 1987), el caso analizado aquí sobre la construcción del misoprostol como droga abortiva nos permite poner en tensión dos aspectos. Por un lado, posibilita establecer una distancia analítica de aquellos modelos donde la producción de la ciencia es intrínseca, dando cuenta de un proceso de co-producción donde la separación entre lo interno y lo externo no tiene sentido (Knorr Cetina, 2005; Latour, 2008; Latour y Woolgar, 1979). Por otro lado, resulta un aporte a los estudios de controversias que ponían en discusión la linealidad en los modelos de innovación, a partir del estudio de caso en torno a cómo la posología de la droga fue una co-construcción entre diferentes grupos sociales relevantes.

En relación con este tipo de investigaciones, Pinch y Bijker (1987) afirman que los análisis de las controversias científicas «ofrecen una ventaja metodológica debido a la relativa facilidad con la que revelan la flexibilidad

interpretativa de los resultados de la investigación científica» (1987, p. 35)². Por lo tanto, si tenemos en cuenta que «un artefacto, incluyendo su viabilidad, puede estar sujeto a interpretaciones radicalmente diferentes que son coextensivas con los grupos sociales» (Pinch, 1997, p. 27), nos interesa identificar los grupos relevantes que participan y abordan el proceso de construcción social donde los artefactos tecnológicos están en disputa, lo que conlleva a indagar respecto del significado que estos adquieren, sus interpretaciones, así como los usos y apropiaciones que hacen de dichos objetos. Por un lado, recuperamos las nociones de flexibilidad interpretativa y de mecanismos de clausura para dar cuenta de cómo los cierres de las controversias científicas suceden a través de consensos y acuerdos, es decir, a partir de articulaciones situadas entre tensiones y dinámicas hegemónicas de asignación de sentidos. Por otro lado, consideramos que la identificación de los diferentes actores que forman parte del proceso de construcción sociotécnica y tecnocultural nos permite discutir con aquellas visiones deterministas que solo hacen hincapié en los/as inventores/as o ingenieros/as para analizar procesos de innovación tecnológica. Por último, este encuadre teórico-metodológico nos posibilita recuperar la noción de marco tecnológico (Bijker, 2008) para incluir en el análisis tanto las teorías en curso, las metas y las estrategias de resolución de problemas como las prácticas de uso de la droga, sin distinguir a priori entre los diferentes grupos sociales relevantes.

En la identificación de estos actores para dar cuenta del proceso de flexibilidad interpretativa nos interesa recuperar algunos aportes claves de autoras feministas constructivistas (De Lauretis, 1987; Fausto-Sterling, 2000; Oudshoorn, 1994, 1998; Wajcman, 1991, 2006; Zordo, 2016). Consideramos que incluir a las mujeres en el análisis no es igual a pensar la construcción del misoprostol desde una perspectiva de género, sino que dicha perspectiva radica en entender el carácter androcéntrico de los desafíos científicos. La necesidad de comprender el núcleo de la ciencia, sus objetivos y su forma de producción y objetivación del conocimiento es recuperada por muchas feministas para dar cuenta de su carácter patriarcal; pero no necesariamente respecto del «techo de cristal» que tiene la ciencia para las mujeres como investigadoras (Franchi, 2019; Harding, 1993), sino –de manera particular– de la construcción misma de los problemas científicos (Fox Keller, 1982; Haraway, 1991).

Teniendo en cuenta que la ciencia, y especialmente la medicina, han tenido un rol protagónico en la legitimación de las ideas occidentales sobre la sexualidad, nos interesa enfocarnos en el estudio del proceso de construcción de la posología de un medicamento. Aquí es central discutir con aquellas visiones que piensan los cambios en la biomedicalización en una clave donde

la ciencia y las técnicas impactan de forma lineal sobre la sociedad. En este sentido, ya hemos recuperado la idea de Callon (1998) en torno a pensar la ciencia, la tecnología y la sociedad como una red abierta. El sociólogo propone, desde su modelo de la traducción, distinguir en las tecnologías un proceso de problematización en torno al artefacto, *interesamiento* sobre el mismo, *alistamiento* en torno al problema sociotécnico y movilización de recursos en el análisis de la controversia. En el caso del misoprostol como artefacto sociotécnico y tecnocultural, nos interesa discutir cómo se estabiliza la controversia en torno a la posología adecuada para utilizarlo como un método abortivo seguro cuando la empresa farmacéutica que lo produce y que imprimió sobre la droga sus primeros significados no se alistó con el resto de los grupos sociales.

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

Propuesta metodológica

Partimos de comprender que, para contrastar con los modelos lineales de innovación tecnológica, es necesario realizar análisis multidireccionales que permitan describir las tecnologías a partir del constructivismo social (Pinch y Bijker, 1987). Como no es posible identificar un único método para llevar adelante la indagación del artefacto en cuestión (Law, 2004) se propuso una estrategia metodológica diversificada que incorporó no solo los discursos, sino también las prácticas de los actores involucrados en el período analizado de la trayectoria sociotécnica y tecnocultural del misoprostol a partir del análisis de fuentes escritas y entrevistas en profundidad. El trabajo de campo para llevar adelante el presente artículo se realizó en Argentina durante 2019.

Por un lado, se trabajó con publicaciones médicas de obstetricia y ginecología desde 1985 hasta la actualidad. Las bibliotecas relevadas fueron: Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata,

Biblioteca de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Biblioteca de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA) y Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata. En dichos repositorios, las revistas relevadas fueron: *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas* (OGLA) desde 1985 hasta 2008, la revista de la SOGBA desde 1987 a 2018 y la revista de la SOGIBA desde 1989 hasta 2018. Además, se relevaron algunos números de la revista *Actas Farmacéuticas*.

En relación con las entrevistas en profundidad, se optó por seleccionar algunas regiones del país que pudieran dar cuenta de la heterogeneidad de experiencias que, por algún motivo particular, resultaron significativas en Argentina. Por un lado, se concretaron encuentros con profesionales de la salud de distintas especialidades, edades y regiones. Para indagar sobre la construcción de las posologías de misoprostol durante el período seleccionado se consultó a ginecólogos/as y médicos/as generalistas/as. A su vez, se realizaron encuentros con, al menos, una referente de cada una de las organizaciones consideradas parte del movimiento feminista y centrales en la construcción abortiva del misoprostol (La Revuelta, Socorristas en Red, Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir). Por último, se entrevistaron a personas que habían realizado interrupciones del embarazo con misoprostol de manera ambulatoria. Se realizaron 43 entrevistas: a ginecólogos/as (4), médicos/as generalistas (7), militantes feministas (9) y personas que abortaron con misoprostol (23)³.

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

En relación con la evidencia científica sobre el uso del misoprostol para la inducción de abortos, las publicaciones de resultados de investigaciones científicas y los informes de organismos nacionales e internacionales que analizamos son una forma de rastrear la construcción de dicha evidencia sobre el artefacto. Los significados asociados a los usos de la droga no son inscriptos en *papers* científicos a partir de ensayos clínicos, sino que son recuperados desde las narrativas de las mujeres que se acercan al sistema de salud. Este punto es clave pues rompe con aquel enfoque que sostiene que solo los espacios científicos generan los procesos de innovación tecnológica.

En la medicina, este tipo de enfoque sostiene que lo principal es tomar decisiones basándose en evidencias y no en anécdotas o en opiniones personales, es decir, a través de «ensayos clínicos». A partir de sus resultados, se podría pensar que «cada medicamento que hoy sabemos que funciona

fue aprobado luego de atravesar –exitosamente– muchas pruebas rigurosas, incluidas pruebas en seres humanos con extremo cuidado médico y ético» (Nogués, 2018, p. 70). Ahora bien, la práctica médica no sucede efectivamente de esa manera. Según la autora,

existen muchos elementos que no son necesariamente «racionales», probablemente porque las personas que practican y reciben los tratamientos médicos son mucho más que máquinas racionales de interactuar con el entorno (Nogués, 2018, pp. 70-71).

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

Luego del primer lustro del siglo, se publicaron dos trabajos claves en relación con la práctica del aborto de forma medicamentosa en el marco de la clandestinidad. El primero de ellos realizó, a nivel mundial, un modelo de estimación estadística, en la Universidad de California (San Francisco, Estados Unidos) y en la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para demostrar que en África, Asia y América Latina, el mayor uso del misoprostol disminuiría la mortalidad por aborto (Harper et al., 2007). La hipótesis central del trabajo fue intentar «evaluar el potencial del misoprostol [...] para inducir el aborto electivo como una simple intervención para reducir la mortalidad materna» (Harper et al., 2007, p. 66).

A su vez, se publica una pesquisa sobre las experiencias de mujeres que utilizaron misoprostol para abortar bajo supervisión médica en México, Colombia, Ecuador y Perú (Lafaurie et al., 2005). La misma fue realizada por un equipo conformado por investigadores/as de los cuatro países y publicada en la prestigiosa revista internacional *ReproductiveHealthMatters*. Este artículo resultó fundamental para quienes estaban armando el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) en 2006, ya que sostenía que «comparado con otras técnicas utilizadas para inducir abortos clandestinamente,

los métodos médicos [específicamente el misoprostol solo] parecen ser más seguros y estar asociados con menos complicaciones» (Lafaurie et al., 2005, p. 76). Al respecto, una entrevistada sostiene que:

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

Tanto el artículo publicado por Lafaurie et al. (2005) como su implicancia en los/as efectores de salud en Argentina son cruciales para dar cuenta de cómo esta masa crítica a la que hace referencia la entrevistada fue co-produciendo la posología abortiva de la medicación. La evidencia científica que se generaba en América Latina no estaba centrada en la realización de ensayos clínicos en el área de la ginecología sino que, muy por el contrario, la controversia sobre el uso de la medicación atravesaba diferentes colectivos feministas, grupos de salud en diferentes lugares del país y diversas experiencias aisladas de mujeres que lo utilizaban para interrumpir sus gestaciones. De esta manera, podemos dar cuenta de cómo el poder de producción del conocimiento en tecnociencia no radica solo en aquellos espacios denominados como científicos.

En el plano nacional, la información que comienza a producirse a partir de estos grupos sobre las formas de uso de la medicación empieza a circular entre los y las profesionales de la salud a través de CLACAI.

[El misoprostol] fue una cosa muy novedosa. Por un lado, era la fascinación de saber que era posible hacerlo [al aborto] con medicamentos y al mismo tiempo todo este temor de los efectos indeseables, de que si se hacía en el hospital, de la hemorragia, cuánto era el proceso normal, que si vía vaginal, que si vía sublingual, que si se tomaba; todo era absolutamente incipiente y al mismo tiempo muy concentrado en los países desarrollados [...]. Nosotros lo mirábamos con fascinación, pero desconfiábamos que se pudiera hacer acá. (MG7)

Aunque sostiene que como profesionales de la salud les resultaba «novedoso» el uso del misoprostol en la realización de abortos inducidos, en 2005 un grupo de trabajadores/as del área de ginecología del Hospital Rawson en Córdoba realizó un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico de aborto séptico entre 2003 y 2004

(Ledesma et al., 2005). En dicha pesquisa publicada en *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, sostuvieron que un cuarto de los abortos analizados fue provocado, y de los sesenta casos que recibieron con sepsis, el 47% refirió haber realizado maniobras abortivas. El estudio muestra que «las maniobras utilizadas fueron: misoprostol 12 (42,8%), tallo de perejil 8 (28,57%), sonda 4 (14,28%), asociación con misoprostol 2 (7,14%) y legrado en institución privada 2 (7,14%)» (Ledesma et al., 2005, p. 167). Su conclusión es que el misoprostol era el método abortivo más utilizado, lo que nos permite sostener que constituía una práctica extendida entre las mujeres que lo realizaban por fuera del sistema de salud.

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

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

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

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

Como hemos demostrado, la evidencia científica disponible sobre el uso del misoprostol como método abortivo era escasa y poco clara. Al comienzo de la década, se publicaban los primeros *papers* sobre la temática cuando se divulgó un relevamiento centrado en la investigación existente hasta el momento sobre el uso del misoprostol en trabajo de parto y parto, evacuación uterina y aborto provocado (Blanchard, 2002). En relación con el misoprostol para la inducción de abortos, el trabajo sostiene que:

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

En relación con estas indagaciones sobre la construcción de nuevas posologías nos interesa recuperar en este apartado cómo se trasladan a Argentina estos usos de la medicación que no están anclados en ensayos clínicos sino en experiencias individuales. Puntualmente, queremos observar cómo las diferencias en las dosis tiñen relatos tanto de mujeres como de profesionales. Para ellos/as, era un «prueba y error» o, como dijo una entrevistada, «es todo muy folklórico esto» (G1), para referirse a una práctica que se realiza de forma convencional en la práctica clínica pero que no necesariamente es la manera correspondiente.

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

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

Viste que te ponen cuatro [pastillas] sublingual; a la hora, si no pasa nada, te ponés otras cuatro [pastillas]. Quién inventó esa posología, no sé. (G3)

Con el pasar de los años las dosis fueron cambiando. En algunos lugares, «entre 2007 y 2012 usábamos los 800 mg» (G1), sostiene una ginecóloga sobre las cuatro pastillas de misoprostol. En otros, comenzaban a probarse posolo-

gías entre médicos/as generalistas y ginecólogos/as mientras las dosis iban cambiando.

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

En 2007 se publica la guía técnica de aborto no punible –que se reedita en 2010 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010)– a partir de la cual se empiezan a organizar las primeras consejerías de reducción de riesgos y daños, por lo cual cobran fuerza los cambios sobre cómo atender los casos de aborto en el sistema de salud y, por ende, las discusiones en relación con las dosis y las indicaciones asociadas a su uso, que no se refieren solo a la cantidad de comprimidos o el intervalo horario entre estos, sino también a las vías de administración (Asociación por los Derechos Civiles, 2013, 2015; Carvallo, 2011). Por ejemplo, algunos/as de ellos/as recomiendan la vía sublingual:

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

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

Teníamos como la recomendación de boca en boca que no fuera mayor a ocho [semanas]. Imagínate el susto. Hoy se podría hasta doce [semanas]. Me parece que el límite lo pone más la condición embriológica y subjetiva, digamos. Es

«che, hagamos, a ver...». Lo que uno despide a las seis semanas no es lo mismo que despedís a las ocho [semanas] ni a las doce [semanas], ni hablar cuando es más. (MG2)

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

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

Cuando la médica que la atendió le dijo que el aborto no se había realizado pero que no sabía por qué, fue al hospital más cercano donde constataron que el embarazo se había detenido, pero no había sido expulsado. Por lo tanto, debió someterse a un legrado. Aunque dice haberse sentido observada, relata que fue una experiencia difícil pero positiva porque el aborto sucedió.

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

Las indicaciones que construyen las mujeres

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

Onda «yo no me hago cargo si te pasa algo» como introducción [...], decía «Recuéstese, ingrese las pastillas hasta cierta cavidad vaginal, insértese dos pastillas», decía, «quédese acostada por unas horas, si al cabo de ocho horas no siente molestias y no hubo pérdidas, inserte las otras dos. Trate de mantener el cuerpo en reposo», onda «no vayas caminando» por si bajaba la pastilla. (MU12)

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

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

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

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

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

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

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

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

El movimiento feminista y el uso del misoprostol

Así como las mujeres intercambiaban información sobre la forma de uso del misoprostol a través de sus redes, en los foros de internet y con los contactos de los que disponían, otro canal de circulación en constante crecimiento fueron las organizaciones feministas. En esta década comienzan a formarse las redes de acompañamiento para el uso del misoprostol que crecerán hasta tomar protagonismo en los años siguientes. Las feministas empiezan a intercambiar los datos de aquellas que sabían cómo realizar un aborto medicamentoso. Y esos datos empezaron a organizarse: en tablas, en trípticos, en libros. Los asesoramiento dejaron de ser entre conocidas y comenzaron a transformarse en estrategias de militancia cotidiana, en prácticas políticas y en ejercicios de sororidad a partir de la formación de redes que asistieron a miles de mujeres durante los años siguientes e, incluso, les explicaron a muchos/as profesionales de la salud cómo utilizar el misoprostol de manera segura. Le disputaron una batería de conocimientos a la medicina hegemónica y, sobre todo, comenzaron a ganar espacios dentro del sistema sanitario.

En los apartados anteriores nos hemos centrado en demostrar cómo la posología no se creó a partir de ensayos clínicos sino que fue co-construida por los/as profesionales de la salud desde consejerías en los centros de atención y por las mujeres que lo utilizaron y se transmitían la información entre ellas. En este apartado nos interesa analizar cómo fue la construcción de las posologías al interior de las tres experiencias de articulación feminista más importantes de Argentina y cómo gestaron una política de difusión de lo que denominarán «uso seguro de la medicación»: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (La Campaña); Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (Lesbianas y Feministas); y el Socorro Rosa.

La Campaña se funda en 2005 con una propuesta centrada en impulsar un proyecto de ley que legalizara el aborto en Argentina. No solo propiciar la discusión parlamentaria, sino también las estrategias de difusión del mismo en cada una de las presentaciones (Bellucci, 2014). La difusión del uso seguro del misoprostol fue un tema que generó debates hacia dentro de la organización. Mientras que algunos sectores consideraban que este debía ser parte de la estrategia de difusión, otros «pensaban que difundiendo el uso seguro de misoprostol nos alejábamos del reclamo por el aborto legal» (MF1).

En 2007, luego de arduas discusiones, finalmente se termina aprobando una inversión de fondos de la Campaña para realizar folletos sobre el uso de la medicación con el objetivo de repartirlos en el Encuentro Nacional de

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

Hubo un folleto. O sea, hubo dos folletos porque había como distintas bibliotecas médicas [...]. Porque no, porque el uso es así, no porque son cuatro [pastillas], no porque son doce [pastillas], no porque esto... Bueno. Hacemos los dos folletos por favor. Uno hablaba de cuatro pastillas y el otro... En realidad los dos hablaban de cuatro pastillas me parece. Pero uno insistía más con los controles y con una sola vía de ingreso y en la otra hablábamos de distintas vías de ingreso. Pero hasta aquí hablábamos de cuatro pastillas. (MF1)

Aunque se comenzó a difundir el uso del misoprostol desde la Campaña, nunca fue una postura común hacia adentro. En los años siguientes diferentes grupos que se encontraban dentro de la misma comienzan a crear colectivas de acompañamientos en abortos con misoprostol, pero no se pensaban como una estrategia propia de la Campaña. Tal es el caso de las líneas telefónicas de acompañamiento. Estas se consideran:

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

En Argentina, la línea telefónica con estas características, creada por Lesbianas y Feministas, se lanzó públicamente en 2009, pero comenzó a gestarse el año anterior a partir de un encuentro con personas que formaban parte de la línea de Ecuador. A partir de los relatos de otros colectivos latinoamericanos, algunas activistas comenzaron a juntarse con el fin de formarse sobre el uso del misoprostol.

Esa capacitación se llevó a cabo con la asesoría de militantes feministas ecuatorianas y la información que había a nivel nacional y regional –desde la guía técnica de aborto no punible (Ministerio de Salud de la Nación, 2007) hasta las Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo uruguayas–, informes provenientes de organismos internacionales –como la Organización Mundial de la Salud, la Federación Latinoamericana

de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, el Consorcio Internacional para el Aborto con Medicamentos y el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro– y colectivos feministas regionales –como la Red Uruguaya de Autonomías–, entre otros. Es interesante mencionar cómo se entrecruzan informes, experiencias de acompañamientos, federaciones, consorcios y colectivos feministas en la búsqueda de una posología común, a la inversa de cómo se plantea desde la medicina basada en evidencia científica.

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

Yo nunca me voy a olvidar una reunión que tuve con una de las fundadoras de Lesbianas y Feministas. Vino a verme con dos compañeras, una de ellas obstétrica, diciendo «Nosotras vamos a hacer una línea telefónica que dé información sobre misoprostol». Me acuerdo que le dije «Estás loca». Me daba mucho vértigo. El temor que tenía era que retiraran el Oxaprost del mercado porque había pasado con la anticoncepción de emergencia [...]. Me acuerdo que pensé desde «Las van a meter presas» por el hecho de que la información no la dieran médicos. A mí se me jugaban algunas cosas, a pesar de que había visto gente que sabía mucho más que yo de aborto con medicamentos, no siendo médicos. (MG7)

En relación con la pregunta central de este capítulo en torno a la controversia sobre el uso seguro del misoprostol y cómo los diferentes grupos sociales relevantes construyeron la posología adecuada de la medicación, es interesante subrayar aquello que relata la médica generalista sobre que la información solo es confiable si es proporcionada por un profesional de la salud. Pese a estas incertidumbres que oportunamente algunas médicas generalistas les transmitieron a las militantes de Lesbianas y Feministas, en 2009 finalmente se lanza la línea⁴.

A partir de este tipo de relatos podemos explorar que, tanto desde la medicina como desde la militancia, en el imaginario de nuestras entrevistadas se manifiesta un proceso de co-producción de conocimientos. Por un lado, surgen las activistas de Lesbianas y Feministas con una línea de acompañamientos de aborto, asesoradas no solo por profesionales de la salud sino también por otras activistas. Por otro lado, los relatos sistematizados a partir de esas llamadas telefónicas convertidas en datos se sintetizan en un libro que representará un antes y un después en la circulación de saberes sobre el uso seguro de misoprostol. Y que, a su vez, luego se convertiría en

un insumo para que los/as propios/as profesionales de la salud aprendan sobre el uso de la medicación y comiencen a utilizarlo en sus consultorios.

No obstante, las experiencias de acompañamientos a personas que utilizan misoprostol para abortar no solo se realizaron de forma telefónica. En 2009, desde La Revuelta, un colectivo feminista de Neuquén, tenían claro que no querían ser solo una línea de acompañamiento, lo que representa una gran diferencia con respecto a la línea de Lesbianas y Feministas. El Socorro Rosa, como lo denominaron, se caracteriza por tener un encuentro presencial, donde las mujeres entran en contacto con otras que están atravesando la misma situación (Burton, 2017). Un encuentro cara a cara que personifica la experiencia del aborto que luego se convertirá en una articulación nacional donde se generen diferentes dispositivos que puedan acompañar a las personas en los territorios, denominada Socorristas en Red.

Conclusiones

La trayectoria sociotécnica y tecnocultural del misoprostol está atravesada por muchas aristas articuladas a partir de un problema. En nuestro análisis sobre las diversas posologías que circularon entre profesionales, militantes y personas que abortaron en la década del 2000, nos preguntamos acerca de su construcción como un método abortivo seguro y hemos indagado respecto del rol que ocuparon en ese proceso los diferentes grupos sociales relevantes. Examinamos los significados específicos que se asignan sobre los fármacos y las particularidades que adquirirían en el caso del misoprostol. En este sentido, hemos puesto el foco en la co-producción de los significantes sobre el mismo, estableciendo el lugar preponderante que tuvieron las experiencias de las mujeres.

La controversia analizada nos permitió examinar varias cuestiones. Una de ellas fue cómo los/as profesionales de la salud confeccionaban posologías a partir de sus prácticas y no en acuerdo con investigación empírica, la cual –por otro lado– se realizaba a partir de análisis epidemiológicos de mujeres que utilizaron misoprostol para abortar y debieron recurrir a un hospital. Es decir, no fueron ensayos clínicos aleatorizados, sino que se realizaban a partir de un análisis posterior sobre las historias clínicas de las intervenciones. Sin embargo, no es solo a partir de allí que podemos dar cuenta de que las mujeres construyen las posologías desde las experiencias de sus pares. En las entrevistas realizadas para esta investigación pudimos identificar los circuitos que adquiere la información sobre el uso de la medicación.

Como parte de este proceso de co-producción de la información, y mientras se diseñaban estrategias para que todas las personas que lo necesitaran

podieran acceder al misoprostol y utilizarlo de manera segura, en 2005 muchas feministas se agruparon en espacios como la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito con el fin de impulsar la sanción de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Una de estas estrategias justamente se gestó al interior de la Campaña en pos de difundir el uso seguro de la medicación. En otros casos hemos visto cómo se gestaron espacios de acompañamiento a personas en situaciones de aborto ambulatorio con misoprostol ya sea de forma presencial o telefónica. Estas experiencias propias de la militancia feminista local tuvieron un rol clave en la década siguiente en la garantía de los abortos tanto dentro como fuera del sistema de salud en un proceso de clandestinidad primero, semilegalidad con el Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo y con la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo después.

En esta clave, hemos podido demostrar que la medicina hegemónica no fue central en la construcción del misoprostol como se creería desde una perspectiva que sostenga que los conocimientos clínicos se crean a partir de evidencia científica o que los artefactos tecnológicos se construyen de una forma exclusivamente intrínseca en la ciencia. El crecimiento de su utilización como abortivo no solo resulta significativo, sino que deja entrever que distintos grupos sociales relevantes interpretan esta tecnología y comienzan a difundir su uso por diferentes medios: folletos, encuentros, de boca en boca, líneas telefónicas, colectivas de acompañamiento, etc. Estas formas de producción de saberes que no encastran necesariamente dentro de la «medicina basada en evidencia científica» llevarán a un proceso de quiebre. Los/as médicos/as no fueron quienes protagonizaron esta construcción tecnológica, sino que todos los grupos sociales relevantes analizados hasta aquí formaron parte de la misma.

Durante la década siguiente crecerán los espacios de articulación entre colectivos feministas y profesionales de la salud en pos de acompañar a personas en la interrupción de sus embarazos con misoprostol, pero no ya en la búsqueda de una posología efectiva sino con la controversia cerrada: son necesarias doce pastillas de misoprostol para realizar un aborto de forma segura.

Notas

1. La traducción es nuestra. [«« VOLVER](#)
2. El aporte fundamental de este tipo de estudios es su propuesta metodológica de un análisis en tres etapas: exhibir la flexibilidad interpretativa de los datos científicos, mostrar los mecanismos sociales que la limitan y, por lo tanto, permiten que las controversias científicas concluyan, y vincular estos «mecanismos de clausura» con el medio social más amplio (Oudshoorn, 1994; Oudshoorn & Pinch, 2003; Pinch & Bijker, 1987). [«« VOLVER](#)
3. Durante el proceso del trabajo de campo tuvo lugar el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio dictado por el gobierno nacional en el marco de la pandemia de COVID-19. Por lo tanto, las entrevistas realizadas antes de marzo de 2020 fueron presenciales y las siguientes se efectuaron de manera virtual.

Para el reconocimiento de las voces de los/as entrevistados/as se optó por utilizar un método de siglas: ginecólogos/as (G), médicos/as generalistas (MG), mujeres que realizaron abortos de manera ambulatoria (MU) y militantes feministas (MF). Esta decisión estuvo vinculada con denominar a los actores en relación con el motivo por el que fueron contactados, de forma tal que no sea posible develar su identidad, teniendo en cuenta que muchos de los testimonios fueron brindados en una situación de confianza luego de haberse asegurado el anonimato de sus dichos. [«« VOLVER](#)
4. A partir del seguimiento de estas llamadas, Lesbianas y Feministas edita el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* en 2010. Sobre este aspecto, Vázquez y Szwarc sostienen que «el lanzamiento de la línea telefónica en Argentina marca una ruptura y a su vez se inscribe en la lucha por el derecho al aborto en Argentina» (2018, p. 168). [«« VOLVER](#)

Referencias bibliográficas

- ARIZA, L. (2010). La procreación como evento natural o tecnológico: Repertorios decisorios acerca del recurso a la reproducción asistida en mujeres en parejas infértiles de Buenos Aires. *EA*, 2(1), 1-47.
- ARIZA, L. (2014). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: Acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En A. Cepeda & C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuadas al Viagra: Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil* (pp. 173-206). EUDEM.
- ARIZA, L. (2015). Keeping Up Appearances in the Argentine Fertility Clinic. *TECNOSCIENZA*, 6(1), 5-31.
- ARIZA, L. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: Dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva*, 12(3), 361-382. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>

- ARIZA, L. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: Análisis del debate parlamentario. *Cadernos Pagu*, 50. <https://doi.org/10.1590/18094449201700500005>
- ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES (2013). *Aborto no punible. El fallo FAL s/ medida autosatisfactiva. ¿Qué obtuvimos y que nos queda por obtener?* (p. 53). Asociación por los derechos civiles.
- ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES (2015). *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación* (p. 81). Asociación por los Derechos Civiles.
- AVRECH, O. M. (1991). Mifepristone (RU486) alone or in combination with a prostaglandin analogue for termination of early pregnancy: A review. *Fertility and Sterility*, 56, 385-393.
- BELLUCCI, M. (2014). *Historia de una desobediencia: Aborto y feminismo*. Capital Intelectual.
- BIJKER, W. (2008). La construcción social de la baquelita: Hacia una teoría de la invención. En H. Thomas y A. Buch (eds.), *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología* (pp. 63-100). UNQUI.
- BLANCHARD, K. (2002). Misoprostol for women's health: A review. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 316-332. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01701-X](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01701-X)
- BURTON, J. (2017). Prácticas feministas en torno al derecho al aborto en Argentina: Aproximaciones a las acciones colectivas de Socorristas en Red. *Revista Punto Género*, (7), 91-111. <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2017.46268>
- CARBONELL ESTEVE, J. L.; Varela, L.; Velazco, A.; Cabezas, E.; Tanda, R. y Sánchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329-333. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00037-7)
- CARVALLO, M. (2011). Inaccessibilidad al aborto no punible en la Argentina: Obstáculos de IURE y obstáculos de FACTO. *Cuestión de Derechos*, 1, 45-57.
- CLARKE, A. y Montini, T. (1993). The Many Faces of RU486: Tales of Situated Knowledges and Technological Contestations. *Science, Technology & Human Values*, 18(1), 42-78. <https://doi.org/10.1177/016224399301800104>
- COLLINS, H. (1975). Los siete sexos: Estudio sociológico de un fenómeno, o la replicación de los experimentos en física. En I. Iranzo, *Sociología de la Ciencia y la Tecnología*. CSIC.
- COLLINS, H., y Pinch, T. (2010). *The golem: What you should know about science* (2. ed., 12. print). Cambridge Univ. Press.
- DAVID, H. P. (1992). Acceptability of Mifepristone for Early Pregnancy Interruption. *Law, Medicine and Health Care*, 20(3), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.1992.tb01187.x>
- DE LAURETIS, T. (1987). Technologies of gender: Essays on theory, film, and fiction. Indiana University Press.
- DELLACASA, M. (2017). Dimensiones políticas de las tecnologías corporales en personas trans. *Avá*, 31, 73-96.
- DELLACASA, M. (2020). Personas trans y procesos de tecnificación de la existencia. Apropiaciones e innovaciones en torno al uso de artefactos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 15, 209-228. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i15.6177>
- DROVETTA, R. I. (2014). Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro

- (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe. En A. Carosio (ed.), *Feminismos para un cambio civilizatorio*. Fundación Celarg, CLACSO, Centro de Estudios de la Mujer.
- ELUL, B.; Ellertson, C.; Winikoff, B. y Coyaji, K. (1999). Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. *Contraception*, 59(2), 107-114. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00003-7)
- FAUSTO-STERLING, A. (2000). *La política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.
- FELITTI, K. (2012). *La revolución de la píldora: Sexualidad y política en los sesenta*. Edhasa.
- FOX KELLER, E. (1982). Feminism and Science. *Signs*, 7(3), 589-602.
- FRANCHI, A. M. (2019). Las mujeres y la ciencia: Obstáculos y desafíos para lograr la equidad de género. *Ciencia, Tecnología y Política*, 2(3), 38-45. <https://doi.org/10.24215/26183188e026>
- GROSSO, B., Trpin, M., y Zurbriggen, R. (2013). Políticas de y con los cuerpos: Cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar) [Electronic resource]. En A. M. Fernández & W. S. Peres (Eds.), *La diferencia desquiciada: Géneros y diversidades sexuales* (pp. 97-120). Editorial Biblos.
- HARAWAY, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia.
- HARDING, S. (1993). *Ciencia y Feminismo*. Morata.
- HARPER, C. C.; Blanchard, K.; Grossman, D.; Henderson, J. T. y Darney, P. D. (2007). Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 98(1), 66-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.03.009>
- KIPRIZLIAN, A.; López Méndez, S.; Scaravonati, H.; Campos, L. y Gómez, E. (2008). Aborto. Un mal en nuestra sociedad que no pierde vigencia. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología en la Provincia de Buenos Aires*, 39(206), 83-89.
- KLINE, S. J. (1985). Innovation Is Not a Linear Process. *Research Management*, 28(4), 36-45. <https://doi.org/10.1080/00345334.1985.11756910>
- KNORR CETINA, K. (2005). *La fabricación del conocimiento: Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia* (1. ed). Universidad Nacional de Quilmes.
- LAFaurie, M. M.; Grossman, D.; Troncoso, E.; Billings, D. L. y Chávez, S. (2005). Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study. *Reproductive Health Matters*, 13(26), 75-83.
- LATOUR, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.
- LATOUR, B. y Woolgar, S. (1979). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Alianza.
- LAW, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- LEDESMA, M. A.; Gorostiaga, B. N.; Folla, M. A. y Acha, M. J. (2005). Aborto séptico. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 4, 165-169.
- MAHAJAN, D. K. y London, S. N. (1997). Mifepristone (RU486): A review. *Fertility and Sterility*, 68(6), 967-976. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)00189-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)00189-1)

- MATEO, N. (2022). La construcción social del misoprostol en el laboratorio: De su inscripción como protector gástrico a su reconstrucción como fármaco abortivo. *Revista Redes*, 55, 1-28.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2007). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*.
- MORGAN, L. M. (2019). Reproductive Governance, Redux. *Medical Anthropology*, 38(2), 113-117. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1555829>
- NOGUÉS, G. (2018). *Pensar con otros. Una guía de supervivencia en tiempos de posverdad*. El Gato y la Caja.
- NORMAN, J. E.; Thong, K. J. y Baird, D. T. (1991). Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *The Lancet*, 338, 1233-1236.
- OUDSHOORN, N. (1994). *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. Routledge.
- OUDSHOORN, N. (1998). Hormones, technique et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) (G. Morel, trad.). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53(4), 775-793. <https://doi.org/10.3406/ahess.1998.279697>
- OUDSHOORN, N. y Pinch, T. (eds.). (2003). *How users matter: The co-construction of users and technologies*. MIT Press.
- PEYRON, R.; Aubeny, E.; Targosz, V.; Silvestre, L.; Renault, M.; Elkik, F.; Leclerc, P.; Ulmann, A. y Baulieu, E. E. (1993). Early Termination of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and the Orally Active Prostaglandin Misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 328(21), 1509-1513. <https://doi.org/10.1056/NEJM199305273282101>
- PINCH, T. (1997). La construcción social de la tecnología: Una revisión. En M. J. Santos y R. Díaz Cruz, *Innovación tecnológica y procesos culturales*. Fondo de Cultura Económica.
- PINCH, T. y Bijker, W. (1987). La construcción social de los hechos y de artefactos: O acerca de cómo la sociología de la ciencia y la sociología de la tecnología pueden beneficiarse mutuamente. En H. Thomas y A. Buch, *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología* (pp. 19-62). UNQUI.
- ROCA, A., y Dellacasa, M. (2015). Tecno redención de cuerpos transexuales: Apropiación tecnológica y autogestión de identidades inconclusas. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 20(1), 239-259. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n1p239>
- RUSTOYBURU, C. (2020). Los implantes subdérmicos como tecnologías anticonceptivas para adolescentes. Un estudio de su implementación en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina). *Argumentos. Revista de crítica social*, 22, 318-340.
- RUSTOYBURU, C. (2021). Storytime sobre implantes anticonceptivos en YouTube. Disputas de significados y relaciones biomédicas en las narrativas de youtubers latinoamericanas. *Historia y sociedad*, 40, 224-242. <https://doi.org/10.15446/hys.n40.86918>
- RUSTOYBURU, C., y Mateo, N. (2020). Tecnologías de la (no) reproducción: Discursos médicos sobre el implante subdérmico en jóvenes de sectores populares en Argentina. En R. Cicerchia, M. del P. M. Haydar, F.

- García González, & C. Rustoyburu (Eds.), *El estudio de las formas familiares en el nuevo milenio: Trayectos, dilemas y propuestas*. Prohistoria Ediciones.
- RUSTOYBURU, C., y Ariza, L. (2022). Autonomy in Austerity Times. Examining Hormonal Contraceptive Implants in Argentina. *Medical Anthropology*, 1-16.
- SCHAFF, E. A.; Eisinger, S. H.; Stadius, L. S.; Franks, P.; Gore, B. Z. y Poppema, S. (1999). Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 59(1), 1-6. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00150-4](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00150-4)
- TÁVARA, L.; Chávez, S.; Grossman, D.; Lara, D. y Blandón, M. (2008). Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y el Caribe. *Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 253-263.
- THONG, K. J. y Baird, D. T. (1992). Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99(12), 1004-1007. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb13707.x>
- VÁZQUEZ, S. y Szwarc, L. (2018). Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. *RevIISE*, 12(12), 163-177.
- VÁZQUEZ, S.; Gutiérrez, M. A.; Calandra, N. y Berner, E. (2006). El aborto en la adolescencia. Investigaciones sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En S. Checa, *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Paidós.
- VELAZCO BOZA, A.; Gómez Ponce de León, R.; Salas Castillo, L.; Yi Mariño, D. R. y Mitchell, E. M. H. (2008). Misoprostol Preferable to Ethacridine Lactate for Abortions at 13–20 Weeks of Pregnancy: Cuban Experience. *Reproductive Health Matters*, 16(sup31), 189-195. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31392-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31392-5)
- VELAZCO, A.; Varela, L.; Tanda, R.; Sánchez, C.; Barambio, S.; Chami, S.; Valero, F.; Aragón, S.; Marí, J. y Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233. <https://doi.org/10.1080/13625180008500410>
- WAJCMAN, J. (1991). *Feminism Confronts Technology*. Pennsylvania State University.
- WAJCMAN, J. (2006). *El tecnofeminismo*. Ediciones Cátedra.
- ZORDO, S. D. (2016). The biomedicalisation of illegal abortion: The double life of misoprostol in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 19-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100003>