

Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol¹

Transformations and continuities in the meanings of abortion in Uruguay: from surgical to medical abortion

Susana Rostagnol

*Doutorado em Antropologia Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UDELAR.
susana.rostagnol@gmail.com*

Mariana Viera

*Mestrado em Humanidades, Mención en Estudios Latinoamericanos
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UDELAR.
marianaviera@yahoo.com*

Valeria Grabino

*Licenciada em Ciências Antropológicas,
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UDELAR.
valeria.grabino@gmail.com*

Serrana Mesa

*Bacharelado em Humanidades, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UDELAR.
serranamesa@gmail.com*

A large, bold, black number '1' is centered in the lower half of the page. The number has a thick, slightly irregular font style, with a horizontal bar at the top and a vertical stem that tapers slightly towards the bottom, ending in a horizontal base. The background of the page is white with a subtle pattern of thin, vertical grey lines.

Resumen

A partir de algunos de los resultados de la investigación "Prácticas Heterosexuales y Regulación de la Fecundidad" llevada a cabo en Uruguay, este artículo contrasta la experiencia del aborto quirúrgico y el farmacológico en relación a tres líneas de análisis: la vivencia corporal de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo; el involucramiento de la pareja en el evento; los cambios en el "secreto" respecto a su práctica en la medida en que participan otros vínculos afectivos de la mujer como amigos/as y familia. Se observa que no existe 'aborto ideal' en contextos legales restrictivos. Los significados del aborto varían según las experiencias del mismo: subjetividad, condiciones materiales, contexto sociocultural se asocian de maneras complejas.

Palabras clave: Aborto medicamentoso. Aborto quirúrgico. Corporeidad. Medicalización.

Abstract

Based on some of the results of the research "Heterosexual Practices and Regulation of Fertility" held in Uruguay, this article contrasts the experience of surgical and pharmacological abortion in relation to three lines of analysis: the bodily experience of the women who choose to terminate a pregnancy; the partner's involvement in the event; the exchanges in the "secret" concerning to their practice, insofar these exchanges are involved in woman's other affective bonds, as friends and family. It is observed that there is no 'perfect abortion' in restrictive legal contexts. The meanings of abortion vary according to the experiences of the person: the subjectivity, the material conditions and the cultural context are associated in complex ways.

Keywords: Medicated abortion. Surgical abortion. Corporeality. Medicalization.

¹ Este artículo es una re escritura de la versión preliminar, presentada en las Jornadas del Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2011.

Introducción

En Uruguay el aborto ha estado penalizado en todos los casos, hasta la promulgación de la Ley N° 18.987 de octubre de 2012². A pesar de su ilegalidad, la práctica ha estado tan extendida como tolerada. En las últimas décadas del siglo pasado los principales métodos utilizados eran quirúrgicos (Aspiración Manual Endouterina, – AMEU³ – y legrado entre los más comunes)⁴ hasta la diseminación a principios de 2004, en todo el territorio nacional del uso abortivo del misoprostol⁵. Esta difusión se dio a pesar de la venta restringida del fármaco, el cual solamente se obtenía mediante receta de un gastroenterólogo.

Más allá de la inexistencia de un *aborto ideal* en condiciones de restricción legal, esta investigación da cuenta de algunas diferencias entre los abortos quirúrgicos y medicamentoso⁶ en relación a la vivencia de los procesos corporales – mayor en los abortos realizados con misoprostol –; en la posibilidad de participación activa de la pareja en el proceso – la que es vista de manera positiva por la mujer –; y respecto al carácter secreto de la práctica – que parece disminuir significativamente en los casos de aborto farmacológico. Sin embargo, algunas mujeres entrevistadas observan en el aborto medicamentoso ciertos inconvenientes que no están presentes en el aborto quirúrgico: dolores, incertidumbre respecto al resultado.

En lo que sigue del texto buscaremos discernir sobre los sentidos complejos y contradictorios que genera la diseminación del uso abortivo del misoprostol en la forma en que las mujeres – y su entorno – transitan por esta experiencia.

Aproximación metodológica

El artículo toma parte de la información relevada en la investigación “Prácticas heterosexuales y regulación de la fecundidad”⁷, la cual estuvo

² La misma establece, en el Art. 2: Artículo 2º. (Despenalización).- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez.

³ Se trata de una inducción de dilatación cervical y evacuación del contenido uterino mediante aspiración con una cánula de Karman.

⁴ Si bien continuaban utilizándose métodos 'tradicionales' como infusión de hojas de ruda e introducción de objetos punzantes como agujas de tejer, el 80% de los abortos eran realizados en forma clandestina por profesionales de la salud (Sanseviere y otros, 2003).

⁵ Se trata de un medicamento que contiene oxitocina, droga que produce contracciones a nivel del útero. El fármaco se utiliza en afecciones gastrointestinales y también de manera intrahospitalaria la oxitocina es utilizada en los procesos de parto para acelerar la dilatación del cuello del útero.

⁶ Término con el cual se denomina al aborto realizado con misoprostol o similar, también llamado farmacológico.

⁷ Investigación CSIC I+D (2009-2011), Universidad de la República.

articulada con el proyecto HEXCA⁸. En este caso se tiene como finalidad contrastar la experiencia del aborto medicamentoso y el quirúrgico en relación a:

a- La vivencia corporal de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo explorando la 'apropiación' del cuerpo y el posible sentimiento de 'desmedicalización'.

b- El involucramiento de la pareja en el evento.

c- La forma en que se pone en juego el 'secreto' en la práctica del aborto voluntario y su articulación con la participación de otros vínculos afectivos de la mujer como amigos/as y familia.

Estos tres ejes de análisis resultan de los hallazgos de investigaciones sobre el uso del misoprostol en otros lugares de la región (LAFaurie et al, 2005; GUTIÉRREZ et al, 2006; ARILHA y BARBOSA, 1993a y b), y se confirman para las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación.

Se entrevistaron hombres y mujeres que pasaron por la experiencia de por lo menos un aborto voluntario, agrupados en dos franjas etarias (18-27 años y 40-49 años) y dos estratos socioeconómicos (medio y bajo)⁹. Para este análisis, se toma únicamente la información proveniente de las entrevistas realizadas a las mujeres; esto se debe a que el corpus de información obtenido a partir de entrevistas a varones ha sido escaso. La unidad de análisis la constituye 'el aborto'; para su análisis el material se organizó en dos corpus, uno correspondiente al aborto medicamentoso y otro al aborto quirúrgico para luego establecer la comparación entre ambas experiencias. En cada uno de los corpus se mantuvieron los criterios de la franja etaria y nivel socioeconómico. En los testimonios que acompañan el análisis, hemos agregado 'grupo 1' cuando se trata de mujeres del grupo de edad 18-27 y 'grupo 2' en el caso de las comprendidas entre los 40 y 49 años. En los casos de aquellas mujeres que vivieron ambas experiencias, se contempló cada una de ellas en el corpus correspondiente.

Se accedió a las mujeres entrevistadas a través de la técnica de bola de nieve¹⁰, lo que permitió tener una amplia gama de experiencias. Algunas habían

⁸ La investigación se realizó en el marco del Programa Género, Cuerpo y Sexualidad (FHCE), se financió con los fondos de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República. El proyecto HEXCA tuvo su sede en el CLAM y estuvo bajo la dirección de la Dra. María Luiza Heilborn; del mismo participaron CEDES (Argentina) y la Universidad Nacional de Colombia.

⁹ Los criterios para ubicar a las entrevistadas en uno u otro resulta del cruce de informaciones sobre sus ingresos medios, barrio de residencia, nivel de escolaridad, capital social y cultural, y *hábitus* de clase. Lo que ubicamos como estrato bajo corresponde a un nivel bajo hacia medio bajo: no incluye población indigente. A su vez, hay diferencias entre las entrevistadas ubicadas en estrato medio, que van desde un nivel medio a algunas cercanas a un nivel medio-alto.

¹⁰ Técnica que parte de la premisa de que los miembros de la población a estudio se conocen entre sí. Consiste en seleccionar una muestra inicial y en cada entrevista establecer qué otras personas pueden entrevistarse; de ese modo se incrementa el número de individuos entrevistados.

consultado policlínicas de asesoramiento pre-aborto, mientras que otras habían llegado al misoprostol a través del boca a boca. Del mismo modo, entre quienes se practicaron abortos quirúrgicos, algunas concurren a clínicas clandestinas donde se realizaba un pormenorizado seguimiento de la mujer, mientras que otras fueron a clínicas prácticamente montadas a los efectos de manera momentánea.

Contexto

En Uruguay se estima en 33.000 el número de abortos voluntarios anuales, lo cual implica una razón de abortos (proporción del número de abortos con respecto al total de nacimientos más abortos) de 38.5%. Esto significa que aproximadamente cada 10 concepciones, 3 terminan en aborto (SANSEVIERO, 2003).

Al momento de la investigación (2009-2011), Uruguay, al igual que la mayoría de los países de la región, tenía una legislación restrictiva respecto al aborto¹¹. Sin embargo, este fue legalizado entre 1934 y 1938, año en que se promulga la ley que ha estado vigente hasta octubre 2012. Con el avance del siglo XX se agudizaron las restricciones al aborto, volviéndose más secreta su práctica (AUPF/RUDA, 2008). Desde el comienzo del siglo XXI la sociedad ha venido debatiendo de manera más o menos sostenida el tema de la legalización del aborto. A ello contribuye que en tres periodos legislativos sucesivos se discutieron proyectos de ley que proponían su legalización. Asimismo, en 2004 el Ministerio de Salud Pública promulga la Ordenanza 369, Normativa de Atención Sanitaria “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” donde se establece el asesoramiento pre y post aborto para las mujeres (BRIOZZO, coord., 2002). A esto se suma el reforzamiento de la declaración de secreto profesional, por lo que el médico tratante no podrá denunciar a una mujer que le manifieste que ha abortado (ADRIAZOLA, 2002). En diciembre 2008 queda finalmente aprobada la Ley 18.426 “Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva” (de la cual el Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez vetó los artículos correspondientes a la despenalización del aborto), la cual incluye la Ordenanza 369. Esta ley es implementada a principios de 2010. Finalmente, en octubre de 2012 se aprobó la ley N° 18.987 la cual establece que dentro de las primeras 12 semanas del embarazo, la mujer podrá acudir a

¹¹ Ley N° 9.763, de 1938, lo penaliza en todas las circunstancias, existiendo eximentes y atenuantes a la pena para algunos casos.

su médico y expresarle sus razones para interrumpir ese embarazo. El profesional deberá agendar a la brevedad una reunión de la mujer con un equipo interdisciplinario integrado por un ginecólogo, alguien especializado en salud psíquica y un profesional del área social. El equipo deberá garantizar que la mujer cuente con toda la información necesaria para tomar su decisión de manera responsable. Tendrá cinco días para reflexionar, luego de los cuales, si continúa con la idea de interrumpir el embarazo, llamará a su médico tratante para realizar la coordinación correspondiente.

Actualmente se están viviendo los primeros momentos de la implementación de la ley, con los consiguientes problemas derivados de algunas instituciones médicas que se niegan a practicar abortos, y a un importante número de médicos que corporativamente alegan objeción de conciencia; a lo que se agrega que aún no se ha podido llevar a cabo la totalidad de la capacitación a los profesionales involucrados en la atención de la mujer que se presenta con la intención de interrumpir un embarazo.

Si bien la investigación se realizó cuando el aborto estaba penalizado, aunque con eximentes y atenuantes a la pena; y una prácticamente inexistencia de procedimientos judiciales (SANSEVIERO, 2003; AUPF/RUDA, 2008; ROSTAGNOL, 2011), sus resultados permiten examinar el contexto actual, en tanto los equipos de salud promueven el aborto medicamentoso, a igual que venía sucediendo desde el 2004 – aunque muy tímidamente. En la Guía Técnica del Ministerio de Salud Pública se recomienda como método de interrupción el farmacológico (misoprostol–mifepristona), por considerarse el procedimiento de menor riesgo sanitario. Establece que se realice en forma ambulatoria, para ello se indica a la paciente las señales de alarma y solamente en caso de necesidad se resuelve la internación. En caso de sugerirse una interrupción por el método aspirativo, la paciente de todas formas recibe el sistema de los fármacos por considerarse más seguro (MSP, 2012). El misoprostol es un análogo sintético de prostaglandina E1 para el tratamiento de ciertos tipos de úlceras duodenales y gástricas; tiene como efecto secundario el estímulo de músculos, incluyendo el útero, provocando contracciones. Su uso obstétrico intrahospitalario se encontraba reglamentado desde 2006¹². Diversos estudios clínicos han demostrado que los abortos realizados con misoprostol disminuyen de manera significativa la posibilidad de complicaciones serias, como la sepsis generalizada, que provoca la muerte (ARILHA y BARBOZA, 1993a y b; FAÚNDEZ, 2007; VIDIELLA et al., 2004).

¹² Resolución 158/2006 del Ministerio de Salud Pública.

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud propone el uso del misoprostol en la inducción de abortos en la guía técnica para abortos sin riesgos (OMS, 2000).

El uso del misoprostol como método abortivo se había difundido en todo el territorio uruguayo a comienzos del 2004, a lo que se suma que al aplicar la Ordenanza 369/04 los ginecólogo/as informaban sobre su uso. Sin embargo, previo a la promulgación de la Ley N° 18.987 de 2012, su venta estaba restringida requiriendo la receta de un gastroenterólogo. Esta situación provocaba un mercado paralelo a la ley, donde las mujeres obtenían el fármaco a fin de realizarse un aborto. Actualmente se le proporciona la medicación en el centro de salud al cual la mujer acude para interrumpir su embarazo.

Previamente, los métodos más usuales eran principalmente quirúrgicos, especialmente el AMEU (aspiración manual endouterina) y el legrado. Estos, exigían la participación de otra persona, en 80% de los casos, un profesional de la salud (SANSEVIERO, 2003).

El procedimiento del aborto quirúrgico y del aborto medicamentoso

A pesar que la nueva situación legal supone modificaciones sustanciales a la práctica del aborto, ya que eliminaría la práctica en la clandestinidad, situación que convierte en inseguro cualquier aborto; muchos aspectos relativos a los procedimientos seguidos continúan vigentes. Es fundamental considerar que la ley establece ciertos límites para la práctica no penalizada, como realizar la interrupción durante las primeras doce semanas de gestación. De este modo, en el contexto de una incipiente reglamentación de la Ley, conviven prácticas legales y clandestinas¹³.

Todos los testimonios analizados en este trabajo se corresponden a abortos realizados en situación de restricción legal, por lo tanto en ambos procedimientos existía una etapa previa al aborto mismo que forma parte del

¹³ En el mes de enero 2013, la prensa nacional se ocupó del caso de mujeres que intentaron interrumpir su embarazo en las condiciones prevista en la Ley con dificultades y que fueron estudiados por el Ministerio de Salud Pública. Ver:

<http://www.elpais.com.uy/130111/pnacio-687732/nacional/msp-investigara-casos-al-limite-de-la-edad-gestacional-para-abortar/>

http://www.montevideo.com.uy/noticias_189636_1.html

<http://subrayado.com.uy/Site/noticia/20414/Recurri%C3%B3-a-un-aborto-clandestino-por-fracaso-del-misoprostol>

<http://subrayado.com.uy/Site/noticia/20453/Mujer-que-abort%C3%B3-dijo-ser-abandonada-por-MSP-en-medio-del-proceso>

proceso: en el caso del aborto medicamentoso se trata de conseguir las pastillas de misoprostol – de venta restringida –; en el caso del aborto quirúrgico, conseguir la clínica clandestina donde se realice la práctica.

En el caso del aborto quirúrgico, el procedimiento para su realización comienza con el ayuno de la mujer para poder ser anestesiada y en muchas ocasiones un tratamiento con antibióticos. Luego continúa, según los momentos de represión a las clínicas clandestinas, con las diversas maneras de llegar a ellas. En los períodos donde aumentaba la persecución policial de los proveedores de servicios de abortos clandestinos, las mujeres eran recogidas en alguna esquina e ignoraban el destino final:

“... me dijo que estaba el lugar, era un lugar que habían alquilado en el [nombre de zona cercana a la capital] [...] como yo era mayor, tenía que ir sola [...] tenía que ir hasta [nombre de barrio capitalino], verla a ella y a otras personas que iba y subirme a un ómnibus cuando viera que ellas subían y bajarme cuando la viera bajar...” (Mia, grupo 1)¹⁴

El estado de indefensión con que muchas mujeres que llegan a la clínica de la manera que lo hizo Mia, evidentemente las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad que aquellas que se practican un aborto medicamentoso en su casa.

En períodos 'normales' – es decir de ausencia de persecución policial – las mujeres llegaban a la clínica directamente, solas o con algún acompañante:

“... fuimos... para la... clínica los dos [...] parecía una casa re cheta¹⁵ afuera. Entramos, tá bueno, era la clínica, que tá, la fachada es como si fuera una casa. Y tá, toda una seguridad antes, como que hay, no me acuerdo, como que era como un código que vos tenías que decir”. (Marcia, grupo 1):

“Me acuerdo que él que me hizo la ecografía [...] porque ellos te controlan, si tenés mucho flujo, si tenés infección, porque no es así no más hacer el aborto [...] Y después tuve que tomar unos antibióticos porque yo tenía mucho flujo, una cosa así, y bueno, después de que terminé los antibióticos fui a la clínica. [...] primero te dan unas pastillas, como unas drogas son, que te voltean y después te hacen pasar a la sala. Me acuerdo que me pincharon, la

¹⁴ Como es habitual en estos casos se han modificado las referencias geográficas y por supuesto se han cambiado todos los nombres de las entrevistadas.

¹⁵ En lenguaje coloquial, especialmente entre jóvenes significa de clase alta.

anestesia esa y me empecé a ahogar, a ahogar y me dormí. Y tá, después me desperté. Después están los sangrados y esas cosas, el reposo. Y a mí me pasó que me había quedado con un, yo empecé con dolores después. Y me habían quedado unas coagulitos de sangre. Tuve que volver a la clínica, a hacerme eso de vuelta, para que me limpiaran bien, y bueno tá. Eso es todo lo que recuerdo. Me acuerdo que después me dieron galletitas dulces, coca cola y esas cosas y bueno, tá. Más nada.” (Abril, grupo 1).

Las experiencias de aborto medicamentoso son totalmente diferentes. El procedimiento es bien distinto. Así lo relata Luana:

“estaban los dos conmigo y yo ta, sangraba un poquito y como que me sentía mal y me fui al baño.. estaba descompuesta. Con vómitos y de repente, ta, seguía sangrando y de repente fue/ estaba acostada, era como que me quería acostar de a momentos y por momentos levantar porque no me podía mantener en la cama. Y en un momento me levanté, me re mareé así. Todo me giraba. Pablo [su pareja] me abrazaba, o sea, me agarraba así porque no me podía mantener de pie. Y ahí fue como que medio, no perdí el conocimiento pero era como que me giraba todo y ahí me descompuse así, parada. Me puse a vomitar y ahí fue que fui al baño y la largué la bola. O sea, largué como un coagulo grande.” (Luana, grupo 1).

Después de haberse llevado a cabo el aborto, se le recomienda a la mujer acudir a un centro de salud para verificar que no han quedado restos. Esa es la situación de Miranda (grupo 1), quien después de realizado el procedimiento, acude a un servicio de emergencia para asegurarse que el proceso se había completado.

“Entonces, el loco [el médico] ahí me revisa y me dice: tá, no expulsaste nada. Yo ahí piré¹⁶, se me caían los lagrimones, ¿viste? Pero me tocó nomás ¿viste? Que no, que no había expulsado nada, no sé qué, que igual que me iba a mandar a hacer otra ecografía urgente y veíamos... yo ahí me quería matar”.

La ecografía mostró que no había feto solo el endometrio engrosado.

De una manera u otra en ambos procedimientos está la presencia de la institución médica. Sin embargo, en el aborto medicamentoso, la mujer puede

¹⁶ En lenguaje coloquial, especialmente entre jóvenes significa volverse loca.

llevar a cabo todo el proceso sin tener contacto con un médico. Luana es plenamente consciente de lo que sucedió en su cuerpo. Esta diferencia entre un procedimiento y otro tiene consecuencias en la vivencia corporal de las mujeres. Mientras que en el caso del aborto quirúrgico – tal como se observa en el fragmento transcripto – Abril de alguna manera 'entrega' su cuerpo al profesional de salud. Siente y observa su sangrado, tiene algunos dolores; pero el proceso mismo de desprendimiento del producto de la concepción está fuera de su conciencia, sucede estando anestesiada. Como la mayoría de las mujeres que se realizan un aborto quirúrgico, no sabe lo que los profesionales de salud hacen con su cuerpo (¿con ella?) durante la intervención que produce el aborto.

La vivencia corporal de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo

A fin de aproximarnos a la vivencia corporal de las mujeres que siguen uno u otro procedimiento, analizamos la información de acuerdo a tres aspectos: apropiación del cuerpo/desconocimiento del cuerpo; la 'desmedicalización' del cuerpo que eventualmente podría acompañar el aborto medicamentoso; y la relación con el producto de la concepción.

Apropiación del cuerpo/ desconocimiento del cuerpo

En el grupo de mujeres de 40 a 49 años que se practicaron abortos quirúrgicos algunos años antes, abundan los relatos en que ni siquiera conocen el método usado (AMEU, legrado y/o sonda). Solo recuerdan haber llegado, haber sido anestesiadas, y luego, todo había acabado. Recuerdan también sus miedos. Existe un total desconocimiento de lo que sucede en su cuerpo. En un solo relato (Milena, grupo 1), el médico le explicó todo lo que sucedería mientras estuviese anestesiada. En los casos de aborto quirúrgico se da en la vivencia y el relato posterior de la mujer, una conciencia de lo vivido *pre* y *pos* aborto (el *entre* solamente lo conoce el/la médico/a que lo practica).

Me levantó un un auto en [calle] y me llevó hasta [barrio] a una casa, y me atendió una doctora con anestesia. Ponéle, que éramos tres personas para hacerse el aborto, sí, (...) y ellas estaban todas así, este, y eran dos, una doctora y una enfermera (...) Me hizo pasar, me dijo 'contá'. Y después me desperté; no me acuerdo, no me acuerdo así de de nada. Y este.. y bueno y los cuidados que tuviera después, me dijo que los cuidados, que tuviera cuidados de dolor, viste de determinadas cosas.. (...) Y bueno y ahí ponéle, bárbaro me recuperé ponéle, a la semana ya no tenía sangrado ni nada; no tuve molestias no tuve dolor o sea, nada. (Nora, grupo 2)

En cambio, entre las mujeres que recurren al aborto medicamentoso el cuerpo está omnipresente durante todo el proceso. La ligazón entre la vivencia corporal del proceso de aborto y la conciencia no se rompe. Asimismo, se da un control sobre los procesos vividos por el cuerpo, dando muestras del desarrollo de un modo de atención que no se reduce al cuerpo como un objeto aislado, prestando atención a la situación del cuerpo en el mundo, en relación (CSORDAS, 2010).

Miranda (grupo 1), al igual que otras mujeres, reconoce el éxito del procedimiento una vez que comienza el sangrado y la expulsión de los coágulos. Esto es consistente con los estudios que sugieren que las mujeres saben si el procedimiento fue exitoso, sin necesidad de recurrir a profesionales de salud (ELLERTSON et al, 1997).

“...Y ta, empezar a expulsar como los coágulos de sangre hasta que expulsé el feto; y después seguí expulsando coágulos de sangre. Pero ya el dolor pasó enseguida después de la expulsión. Y ta estuve como media hora con la sangre, me senté en el bidet, abrí el bidet, empecé a esperar que se terminara de salir todos los coágulos de sangre. (Milagros, grupo 1)

Los efectos colaterales mencionados por nuestras entrevistadas coinciden con los más usuales citados en la bibliografía sobre la temática (LAFaurie et al., 2005). Algunas mujeres se sintieron sobrepasadas por los dolores, contracciones, vómitos, diarrea. Varias de ellas no sabían que el misoprostol tenía efectos colaterales, estando en ese desconocimiento parte del malestar con que vivieron el procedimiento.

En los casos de los abortos medicamentosos, la figura del médico puede aparecer (y así está pautado por la institución médica, aunque en los hechos no siempre se dé ese modo) en las instancias pre y pos, pero el aborto en sí mismo lo practica la mujer en soledad, o con su pareja y/o familiares y amigos/as. Se da, entonces, en un ámbito no médico, el hogar.

“.. a la hora, primero me dio diarrea, tá.. me cagaba encima, y vomitaba al mismo tiempo O sea, bidet y wáter, todo al unísono [risas] y ahí empecé a sangrar, a sangrar y a sangrar, a sangrar, y ahí, yo para mí, ya largué. O sea, porque tipo me había puesto un 'siempre libre'¹⁷ y.. y nada, y y y y largué como una especie de pedazo de carne. (...)

¹⁷ Marca de toalla higiénica femenina.

Duró, o sea, claro, estuve así como una primera hora que estuve pirando de dolor, como un dolor de ovario fuerte.”
(Miranda, grupo 1)

En el paradigma del *embodiment*, desde la perspectiva fenomenológica de Csordas (1994), la experiencia corporizada es el punto de partida para el análisis de la participación humana en el mundo cultural (CITRO, 2010). El cuerpo no es un símbolo, ni un locus de inscripción, sino que es un sujeto necesario para ser. Colocándonos dentro de este paradigma, nos preguntamos ¿qué formas de participación en el mundo generan la práctica de un aborto quirúrgico, donde la vivencia de la experiencia es negada y todo el conocimiento sobre lo sucedido lo tiene otro (el/la médico/a)? ¿Qué sujeto corporal se gesta en procesos donde la apropiación del cuerpo y de las vivencias, transformaciones y proceso que aquel transita, son negadas?

Consideramos que la no vivencia del proceso del aborto (a través del anestesiamiento) genera un vacío experiencial, que deja a la mujer sin conocimiento sobre lo vivido por ella misma. En su cuerpo se dan una serie de procesos, que ella, de manera autónoma, y enfrentando un contexto de ilegalidad, decide enfrentar, pero que en los hechos no vive en forma consciente.

Por lo tanto, hay un desconocimiento, y una entrega de la propia vivencia a otro, que en este acto, se apropia del cuerpo de la mujer, generándose un desempoderamiento de aquella. Como planteó Maurice Leenhardt para el mito, *“Lo que es vivido no puede ser disputado”* (Citado por JACKSON, 2010, p. 68)

Sin embargo, para varias de las mujeres entrevistadas, la experiencia del aborto con misoprostol es negativa, justamente por la conciencia del proceso, por el dolor y sufrimiento vividos. La experiencia, no es analizada por ellas entonces como una apropiación del cuerpo, sino como una experiencia dolorosa y nociva.

Podemos plantear entonces, retomando a Csordas, respecto a la experiencia corporal como participación en el mundo cultural, que los diferentes posicionamientos sobre el método usado en el aborto vivido, nos hablan de un mundo cultural donde el cuerpo es negado, donde el dolor y la vivencia de las sensaciones y emanaciones del cuerpo son consideradas innecesarias, evitables e incluso de mal gusto.

Como se desarrolla más adelante, en estas concepciones, el orden establecido (y naturalizado) a través de la medicalización del cuerpo (especialmente el de la mujer), aparece en un lugar central.

Los límites de la desmedicalización

Tanto el aborto quirúrgico como el medicamentoso se realizan en un contexto cultural e históricamente medicalizado en el cual el cuerpo femenino ha sido objeto de especial control.

Según el historiador uruguayo José Pedro Barrán (1992), nuestra sociedad – así como otras del contexto latinoamericano –, inició en el Novecientos un proceso de medicalización creciente que supuso un pasaje de la preocupación por la enfermedad a una moderna obsesión por la salud signada por el hedonismo y un cuidado extremo del cuerpo, pero fundamentalmente un papel creciente de los médicos en el tratamiento de la enfermedad, con una injerencia del poder y el saber médicos en diversos aspectos de la vida cotidiana. Este proceso se acompañó asimismo de instituciones en las cuales los médicos pudieran ejercer su práctica y llevar un control de los procesos de salud y enfermedad de la población. Podría decirse que es la puesta en acción del biopoder. En este proceso la mujer pasó a ser la responsable de la salud de la familia y su cuerpo hipercontrolado y en lo concerniente a la reproducción, ligado a la maternidad como su destino (BARRAN, 1992).

Es en dicho contexto que nace la Ginecología, como especialidad médica cuyo saber se enfocaba al *aparato reproductivo* de la mujer. Se hacía necesario controlar los procesos biológicos del cuerpo femenino bajo el pretexto de que se trataba de un cuerpo naturalmente inestable. (ROHDEN, 2001). A mediados del s. XX prácticamente todos los partos son institucionalizados.

La utilización del misoprostol y la posibilidad que el fármaco brinda de desentenderse del control del especialista, de que la mujer tome parte activa y se agencie del proceso de aborto, implica poder subvertir un orden que a fuerza de tiempo e institucionalización aparece como natural. Se trata por tanto de una doble negación: de la maternidad como *designio natural* de la mujer y de la intervención del poder médico sobre un cuerpo femenino en un proceso que involucra la reproducción biológica, aunque sea para negarla.

La entrega del cuerpo a un saber especializado supone depositar en el mismo cierta confianza así como trasladarle gran parte de la responsabilidad de los sucesos. Como relataba Claudia (Grupo 2), comparando su segundo aborto mediante misoprostol con uno primero quirúrgico, que se practicó siendo muy joven “*quiero aquello, cerrar los ojos, abrirlos y que esté todo resuelto*”.

Por ello agenciarse del proceso de aborto a partir del uso del misoprostol implica asumir personal, subjetiva y corporalmente todos los

costos del evento y ello produce temor, no solo al proceso en sí – que para todas las mujeres entrevistadas era desconocido¹⁸ –, sino de subvertir un orden dado. Este temor es alentado por médicos y personal de las instituciones de salud como parte de la necesidad de control, de volver a poner en orden lo que se halla en desorden.

A Miranda (grupo 1) la ginecóloga que la atendió – conocida de la familia – le dijo que los resultados eran mejores cuando las pastillas eran colocadas por un ginecólogo/a; ofreciéndose a hacérselo. Miranda no dudó en seguir el consejo y acudir a la institución de salud privada donde atendía la profesional.

“ella me las ponía, te abren y te las ponen bien. Con el espéculo te las ponen en el cuello del útero, que es donde hay que ponerlas, ¿viste?. Porque tá, uno con el dedo no llega a donde hay que ponerlas; entonces tá, tenés peores resultados”

El relato de Miranda ilustra también la dependencia cultural, que se materializa necesariamente en la toma de decisiones y acciones por parte de las personas, de un saber específico. Luego que el misoprostol hiciera su efecto la doctora le practicó a Miranda lo que ella denominó como un “*pequeño legradito*”, para el cual necesitó anestesia general. No hubo por parte de Miranda un cuestionamiento sobre esta última intervención.

El proceso de aborto con misoprostol, que en teoría permitiría una total autonomía con respecto al médico y la institución médica o eventualmente *la clínica* – lugar en el cual se inscribe el aborto quirúrgico –, en la práctica transita caminos zigzagueantes en los cuales el poder médico penetra de diversas maneras; también invitado por las propias mujeres que abortan, porque su decisión se realiza en un contexto históricamente medicalizado al que el cuerpo femenino está *naturalmente* habituado.

Cabe advertir, asimismo, que la des medicalización en ningún momento podría ser total porque, si bien se prescinde de la figura del médico y de la institución médica en todo el proceso o en parte del mismo, se trata de un fármaco inserto en el campo de la biomedicina a lo que se suma que su utilización, en el caso uruguayo, estaba fuertemente restringida (AUPF/RUDA, 2002), y continúa estando. Ahora el ginecólogo/a se lo prescribe a la mujer que ha hecho el recorrido (médico/a, equipo interdisciplinario, reflexión, médico/a) y se encuentra apta para interrumpir su embarazo.

¹⁸ Ninguna tuvo más de un aborto con misoprostol aunque en algunos casos hubieran tenido abortos quirúrgicos previos.

Así los márgenes para un ejercicio autónomo de las mujeres con su cuerpo en tales circunstancias son sumamente lábiles porque si bien se enfrentan ante las barreras más fáciles de distinguir y por tanto también de confrontar, también lo hacen ante aquellas más difíciles de percibir porque se levantan invisibles. Sopesar la autonomía en relación al aborto medicamentoso es por tanto preguntarse sobre el valor subjetivamente otorgado a las consecuencias de asumir el proceso en su completud lo que incluye acudir a la institución cuando se evalúa necesario,

Al principio, no tenía sangrado, o sea, tuve sangrado y después, era un sangrado re – leve. Yo ya fui a/ me hicieron una ecografía de vuelta, como que había restos todavía, pero que demoraba. Era todo un proceso que tenía que pasar. Después, ya ahí empezaron los dolores. Eso fue dos semanas después, ponéle, cuando empezaron los dolores.. y tipo, seguía sangrando poco. Me empezaron los dolores. Voy al.. a la última, sería la última ecografía que me tocaba. Ya no tendría que haber nada, para esta altura, y estaba todo prácticamente bien; pero había algo que ta, que no y empezó a sangrar, a sangrar a sangrar a sangrar abundante. Esteee cuando llego, que me hacen una ecografía, y después me dice: 'pará, que no puedo ver', y me hacen con un cosito que te meten, no sé cómo se llama. Estee y me dice: no, tenés que ir a una urgencia, porque vos tenés restos todavía ´. (Guadalupe, grupo 1)

Este pasaje muestra la articulación entre una apropiación del cuerpo y la búsqueda de asistencia profesional cuando se percibe que algo no está resultando de la manera prevista; la medicalización de una instancia del proceso irrumpe como necesidad frente a una consecuencia inesperada solo porque no parece haber otra salida. No es sino hasta el último momento que Guadalupe concurre, al darse cuenta que algo no está funcionando como debería. Ella conoce los efectos colaterales y al comienzo los padece pero no les da importancia. Es el volumen de sangrado y los dolores que lo acompañan lo que le hace sospechar que el proceso no ha culminado.

En todo caso, es bueno subrayar que muchas de aquellas mujeres que procuran cierta *medicalización* no necesariamente ven en la figura del médico alguien que les va a ayudar a atravesar el proceso. Por el contrario, así como Miranda busca la institución médica para asegurarse que todo está bien, ella misma no se sorprende cuando el ginecólogo de urgencia no la atiende como ella hubiera esperado y necesitado. Esta fisura entre la noción de medicalización del cuerpo como clave para el bienestar y lo que ocurre en la

atención médica que desdice esta ligazón conceptual, debería llevarnos como sociedad a repensar la atención médica para que realmente cumpla con los objetivos deseados. En la atención ginecológica se han observado acciones no solo paternalistas por parte del profesional de salud, sino también de no reconocimiento de la mujer como sujeto capacitado para tomar sus propias decisiones (ROSTAGNOL y VIERA, 2006)

Las vivencias previas de las mujeres, plagadas muchas veces de malas experiencias, junto al conocimiento del contexto cultural en el cual la acción de abortar tiene un valor negativo, lleva a que algunas entrevistadas recurran a la institución médica para ser atendidas cuando ya se produjo el sangrado. Esta es una manera de recibir atención médica sin ser cuestionadas acerca de su decisión de abortar.

En las entrevistas de mujeres que se realizaron abortos medicamentosos se perciben diversos grados de agenciamiento en el proceso del aborto. En estos caminos zigzagueantes a los que hacíamos referencia ocupa un lugar central la vivencia de todo el proceso, incluida la visualización del producto de la concepción.

Relación con el producto de la concepción

La realización de un aborto por medio de un procedimiento quirúrgico o medicamentoso supone, como veníamos señalando, diversas relaciones con el saber/poder médico, con las instituciones y los sujetos que lo llevan a cabo, con el entorno social de la mujer, con su cuerpo y procesos fisiológicos, y también con el producto de la concepción. Respecto a la relación de las mujeres con este, será drásticamente diferente según se trate de un aborto quirúrgico o medicamentoso

En el primer caso, la mujer no tiene noticia de aquello que le es extraído, a menos que explícitamente solicite verlo, como en el caso de Alondra (grupo 1) y Daniela (grupo 2), aunque decididamente esto no es lo habitual. En la mayoría de los casos están anestesiadas y no tienen contacto; al despertar por lo general lo que más les preocupa es que no hayan quedado lesiones: “... a los dos días [de haberse hecho la prueba de embarazo] ya tenía el dinero, me fui a la clínica y no quise saber más nada.” (Rosana, grupo 2).

Por su parte, Milena (grupo 1) toma el relato que el médico le hace sobre la intervención como algo que sucede fuera de su persona; su narración trasluce ajenezidad hacia el producto de la concepción:

“... pero él me dijo, que era algo... no un espejito pero era.. era como un tubo [se refiere a la cánula de Karman].

Un tubito, una cosa así viste, no sé, que eso era lo que lo iba a sacar al feto. Yo que sé qué, que iba a tener un sangrado apenas me despertara, que iba a sentir un malestar, como un dolor de ovarios una cosa así...”

Sucede lo contrario cuando se trata de un aborto mediante el uso de misoprostol, ya que la mujer expulsa el producto como resultado de las contracciones. Eso hace que en la mayoría de las ocasiones, las mujeres vean aquello que han expulsado.

Así Miranda (grupo 1) dice: *“largué como una especie de pedazo de carne; largué como un coágulo grande”*.

Luana (grupo 1) también se refiere al producto de la concepción *como un coágulo “y ahí fue que fui al baño y la largué la bola. O sea, largué como un coágulo grande”*.

La entidad del producto de la concepción para aquellas mujeres que abortaron usando misoprostol está en el orden de “cosa”: *coágulo, bola, pedazo de carne*.

Ninguna hizo referencia al mismo dándole un carácter que pudiera hacer pensar en algún tipo de *'entidad humana'*. Contrastantemente, Alondra y Daniela que solicitaron verlo tenían una visión que acercaba más el producto de la concepción a la idea de bebé. Esto concuerda con lo señalado en los hallazgos presentados en otra investigación (ROSTAGNOL, 2011) donde se señala que cuando el embarazo no deviene del deseo de tener un hijo, el producto de la concepción es vivido con ajenidad, sin otorgarle el carácter de *persona*.

A diferencia de lo relevado en otras investigaciones sobre abortos llevados a cabo mediante el uso de misoprostol en Colombia, México, Perú y Ecuador (LAFURIE et al, 2005) ninguna de las entrevistadas que atravesaron por un aborto medicamentoso lo asimilaron a una menstruación aunque todas refieren a la sangre como elemento centralmente presente en el proceso. Por el contrario, en todos los casos, los relatos revelan una clara conciencia del aborto realizado. Esta diferencia nos plantea interrogantes acerca de la posibilidad de especificidades contextuales en los abortos experimentados por nuestras entrevistadas y aquellos experimentados por las entrevistadas de otras regiones.

Comparación de ambos procedimientos

“porque tá, yo qué sé, si tenía que ir a una clínica a hacerme un aborto, iba, pagaba, ¿entendés?”

Miranda (grupo1), que abortó con misoprostol, señala que cree que el aborto quirúrgico es mejor. Recordemos que la presencia del profesional de salud marca una diferencia significativa.

“aborté con misoprostol, ¡horrible! ¡La experiencia fue lamentable! Por eso yo digo, quiero aquello, cerrar los ojos, abrirlos y que esté todo resuelto”

Claudia (grupo 2) se hizo un aborto quirúrgico siendo muy joven y recientemente con misoprostol)

Entre las mujeres que abortaron mediante el uso de misoprostol, aquellas que señalan que hubieran preferido un aborto quirúrgico, lo hacen en base a:

a) Dolores y malestares diversos que sufrieron en el proceso de aborto medicamentoso.

b) La ansiedad vivida por lo extenso del procedimiento, que en algunos casos llevó varios días con varias dosis.

La experiencia con uno y otro método queda determinada hasta cierto punto por el lugar donde la mujer acuda, ya sea una clínica clandestina o una clínica de asesoramiento.

En el caso de Luana, quien se practica un aborto medicamentoso, acude a una ONG que brinda el servicio de asesoramiento en atención pre y post aborto, con un abordaje más amplio que el de la mayoría de las policlínicas del sistema público de salud¹⁹:

“...ahí llamé a [nombre de la ONG] y el sicólogo, divino me dijo: 'si podés venirte ahora, veníte, está acá el médico y ya nos contás como fue y te quedás tranquila'. Y ta, y fui, fuimos con Pablo y nos/ y ta, me dijo que estaba todo así, perfecto. O sea, le conté todo, me dijo: 'ta, bárbaro, realmente no vas a necesitar legrado ni nada porque estás así, eliminaste todo'. Y en realidad me hizo una ecografía, me dijo: 'bueno, en realidad la ecografía hay que hacerla unos cuantos días después, unos 4 o 5 días, porque es cuando todo se normaliza, pero por las dudas vamos a hacer una'. Me hizo la ecografía y me dijo: 'mirá, está todo re bien, igual veníte dentro de 3 días o 4 días y te hago otra'. Me fui, me hicieron otra, y ta, ahí todo bien. Igual

¹⁹ En el sistema privado, depende del ginecólogo/a. Las instituciones privadas no disponen de policlínicas destinadas especialmente a este tema.

después yo fui a mi mutualista, soy de [nombre de la IAMC²⁰ donde se atiende] y cuando le dije a mi ginecólogo casi se muere, salado!" (Luana, grupo 1)

El relato deja en evidencia la diferencia entre una y otra institución. Pero, y sobre todo, da cuenta de la contención que Luana recibe en la ONG, donde la problemática del aborto es atendida por un equipo interdisciplinario que procura dar contención a la mujer a lo largo de todo el proceso.

En algunas policlínicas del sistema público la atención recibida por parte del/la ginecólogo/a también es contenedora de la situación y del estado en que se encuentra la mujer, especialmente cuando son muy jóvenes. Así, la experiencia de Guadalupe en el consultorio del Pereira Rossell²¹ fue muy buena; fue con su pareja, la ginecóloga que los atendió les explicó detalladamente todo lo que le iba a suceder en el proceso de expulsión del embrión por medio del uso de misoprostol. Los relatos muestran que cuando existe una tarea de consejería y asesoramiento el proceso del aborto medicamentoso resulta una experiencia que con mayor facilidad puede entrar en el devenir cotidiano.

En los casos de los abortos quirúrgicos, la experiencia varía en gran medida según la clínica clandestina donde se lleve a cabo. En algunos casos relatados se trataba de lugares sórdidos, donde inmediatamente antes de colocar la anestesia, la mujer le entregaba el dinero al médico/a. En otros casos, como el relatado por Milena (grupo 1), el profesional que le iba a practicar el aborto le explicó el procedimiento a seguir y le mostró la cánula de Karman mediante la cual se practica el AMEU (aspiración manual endouterina).

Todos los relatos trasuntan la clandestinidad en que se desarrollaron las experiencias del aborto. No es posible separar la técnica de las circunstancias de su aplicación.

El involucramiento de la pareja en el evento

El involucramiento de la pareja en el proceso del aborto tiene que ver fundamentalmente con la relación afectiva entre ambos, con las características del vínculo, lo cual obviamente excede el procedimiento seguido para realizar el aborto.

El aborto medicamentoso permite una presencia activa de la pareja lo que favorece su involucramiento. Obviamente, no quiere decir que en todos los

²⁰ Institución de Asistencia Médica Colectiva

²¹ Hospital público de referencia para mujeres y donde de forma pionera se instalaron las policlínicas de asesoramiento para la interrupción voluntaria del embarazo.

casos suceda. Si bien algunas mujeres prefieren que su pareja no intervenga ni en la decisión de abortar, ni en el procedimiento del aborto, la mayoría de las entrevistadas viven su experiencia en compañía de su pareja.

En algunos casos relatados por las entrevistadas se percibe un mayor involucramiento de las parejas; alguno incluso ayuda a colocar el misoprostol en la vagina y acompañan durante todo el procedimiento de expulsión:

"..En el tema de apoyo emocional, estuvo ahí cuando/ o sea, yo me lo hice con misoprostol al aborto. Y él me la puso porque yo no podía, y onda las 3 horas que te tenés que quedar quieta... y yo me arrollaba del dolor y él siempre así abrazado a mi: 'está todo bien, quedáte tranquila'. Hay una parte que hacés fiebre, vomitás, es todo un horror! Y también ahí, él al firme, salado!"
(Guadalupe, grupo 1)

Marcia (grupo 1) se hace un aborto quirúrgico en una clínica. Su pareja la acompaña. Por supuesto que debe esperar en la sala de espera mientras a ella le practican el aborto.

"yo no podía con mi cuerpo porque la anestesia no se me iba (...) me dijeron que caminara y yo me caía! (...) No tenía fuerza. Y ahí fue como que se entreabrió una puerta y... y Sebastián estaba allá afuera, y como que se desesperó, ¿viste? Y yo lloraba y gritaba así, y estaba como en una demencia..."

La imposibilidad de contar con la contención de la pareja o de alguna otra persona que la mujer sienta cercana, se evidencia como uno de los elementos más penosos del proceso de aborto quirúrgico practicado en clandestinidad.

El "secreto" del aborto voluntario y la participación de vínculos afectivos de la mujer

Si bien el aborto estuvo penalizado en todos los casos mediante la Ley N° 9.763 desde 1938, contó con una amplia aceptación social. Esto se traduce en el porcentaje mínimo de procesamientos judiciales llevados a cabo por esta causa²². La mayoría de los procesamientos realizados son aquellos donde la mujer muere como consecuencias de maniobras abortivas. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX, a pesar de su amplia aceptación –

²² La razón del total de procesamientos sobre la estimación de abortos para el 2002 es 0.18 (Sansevierio, 2003)

recordemos que 3 de 10 embarazos terminan en aborto – era un tema 'privado', mantenido en secreto. Del aborto no se hablaba desde la experiencia personal. El silencio, el ocultamiento que las mujeres hacían de sus abortos puede interpretarse como un indicador de su situación de subordinación, las mujeres pueden abortar pero no pueden hacerlo público (ROSTAGNOL, 2007).

Las mujeres fácilmente lograban conformar redes solidarias a través de las cuales pasaban datos sobre clínicas clandestinas o juntaban el dinero necesario, pero difícilmente hicieran mención a sus abortos fuera de estas redes. Las entrevistas analizadas nos permiten coincidir con investigaciones que dan cuenta de la trama social que habilitaba la existencia del aborto, al mismo tiempo que lo condenaba (Sanseviero, 2003).

La difusión del uso abortivo del misoprostol, junto a la promulgación por parte del Ministerio de Salud Pública de la Ordenanza 369/04²³, facilitó que el aborto '*saliera del closet*'. Pocos años después, con la implementación de la Ley N° 18.426 “Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva” votada a fines del 2008, el “Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, conocido vulgarmente como el “asesoramiento pre y post aborto” contenido en la Ordenanza 369/04, pasa a integrar la Ley con la consiguiente obligatoriedad de su aplicación. Comienza a hablarse del aborto como experiencia personal – al menos en las salas de espera de las policlínicas de salud sexual y reproductiva. “Al hablar se logra historiar – en el sentido de ubicar dentro de la historia personal de cada una – la experiencia vivida” (ROSTAGNOL, 2007, p. 211). En los relatos correspondientes a abortos llevados a cabo en los distintos momentos, las diferencias en cuanto al grado de *secreto* que la práctica implicaba, resultan muy manifiestas.

Es Claudia (grupo2) quien habiendo experimentado un aborto quirúrgico siendo muy joven y un aborto medicamentoso más próximo en el tiempo, hace una referencia sobre la 'mayor legitimidad' de este último:

“Pero es como un compinchismo²⁴, hay una cuestión tan legal, hay una cuestión como tan legítima. Esa es la palabra, es una cuestión tan legítima, aunque sigue siendo ilegal, porque toda la sociedad está un paso más adelante. La experiencia en relación a nosotros fue bárbara, en este caso fue... en aquella oportunidad

²³ Ambos hechos suceden simultáneamente.

²⁴ *Compinche* es un término coloquial con el cual se designan a los compañeros de andanzas.

cuando yo era joven fue toda una cuestión clandestina, no se enteró nadie [se refiere al aborto quirúrgico practicado en una clínica clandestina]...”

Clandestinidad y soledad se asocian y se implican mutuamente. La clínica, especialmente en los momentos de mayor represión instaba a una soledad absoluta²⁵. En los relatos el aborto quirúrgico, este aparece connotado con la sordidez, como consecuencia de la situación de clandestinidad. Se tiende a caracterizar la técnica con las circunstancias de su aplicación.

El procedimiento de aborto con misoprostol permite que la mujer esté acompañada de sus vínculos durante el proceso.

“... vinieron de noche así, este... comieron conmigo, ellas comieron pizza y tá, ahí tipo estaba re contenta yo, re tranquila y fue así de noche y tá.” (Lía, grupo 1)

“.. mi ex suegra se empieza a mover (...) justo una amiga de mi cuñada (...) había abortado con misoprostol (...) Lo hicimos en casa de mi madre (...) yo, él [su pareja], mi hermano Esteban y .. y después de noche vino mi hermana Mariela a estar ahí con nosotros, y tá.” (Inés, grupo 1).

El aborto deja de ser (o puede dejar de ser) un evento estrictamente personal, para ser un evento del cual participa el círculo social más cercano a la mujer; comparten el devenir del proceso. Milagros (grupo 1) hizo el procedimiento del aborto medicamentoso en la casa de una amiga: *“ella estaba ahí, como socorriendo, estaba ahí por si necesitaba algo...”*

Las ambivalencias: no hay aborto perfecto (al menos con restricciones legales a su ejercicio)

Se constataron diferencias en las formas en que el aborto es vivenciado según hayan sido quirúrgicos o medicamentosos. La mayoría de las mujeres que experimentaron un aborto medicamentoso parece haber tenido una vivencia más íntima con su cuerpo. Sus relatos sugieren cierta *'desmedicalización'*.

Por otro lado, contrariamente, algunas mujeres manifiestan inquietud y temor frente a la ausencia del profesional de salud en el proceso de aborto medicamentoso. Se percibe por parte de algunas mujeres que experimentaron un aborto medicamentoso cierta inclinación hacia el aborto quirúrgico en lo que

²⁵ La mujer era recogida por un vehículo en una esquina, y nadie – incluso ella – sabía la dirección donde estaba ubicada la clínica clandestina donde se iba a realizar el aborto.

tiene de inmediato, ausencia de dolores y malestares varios (diarrea, vómitos, mareos, etc.). A diferencia de lo que sucede en otros países de la región²⁶ donde a pesar de las restricciones legales existen clínicas que ofrecen servicio de aborto quirúrgico y medicamentoso de acuerdo a las opciones y circunstancias de la mujer, en Uruguay las mujeres difícilmente pueden elegir entre uno u otro. Actualmente, como ya se mencionó, la Guía Técnica del Ministerio de Salud Pública recomienda en todos los casos el uso del misoprostol con mifepristona por considerarlo el procedimiento que inflinge un menor riesgo para la salud de las mujeres. De modo que aquellas que habiéndose realizado un aborto con misoprostol mencionan que hubieran preferido un aborto quirúrgico no se han visto enfrentadas a la posibilidad de tal opción. Por lo tanto no cuentan con la vivencia corporal necesaria para evaluar las ventajas y desventajas de uno y otro para así tomar una decisión.

En otro orden, subrayan la importancia que tuvo para muchas de ellas el involucramiento de sus parejas, en algunos casos en todo el proceso (incluyendo la colocación de las pastillas en la vagina). Queda por analizar la percepción desde los varones. El acompañamiento de amigas y familia (además de la pareja) a lo que se suma su realización en la casa, hacen que el aborto medicamentoso forme parte del fluir cotidiano de la vida de las mujeres, colocándose en un plano de mayor legitimidad. Por el contrario, el aborto quirúrgico, aún en los casos en que las parejas acompañaron tanto como les resultó posible, tuvo en prácticamente todos los casos, características no solo de 'evento sórdido', sino sobre todo, de algo secreto-malo que debe ser excluido del fluir de la vida cotidiana. Y de esa manera, con frecuencia, esos abortos permanecieron fuera de las narraciones de las mujeres al realizar relatos sobre sus vidas – a menos que fueran preguntadas explícitamente. Por el contrario, el aborto medicamentoso – incluyendo las dificultades para la obtención del misoprostol – forman parte de la vida cotidiana compartida de la mujer. Por lo tanto parecería que se reconfigura la participación del entorno de las mujeres en situación de aborto. Se vuelve un evento desarrollado en el ámbito privado del hogar, por lo que el “secreto” frente a la familia y amigos se diluye.

Cabe consignar que el aspecto más marcante de la experiencia de atravesar una situación de aborto proviene de la clandestinidad en que se desarrolló. En el nuevo escenario uruguayo será necesario llevar a cabo nuevas investigaciones que den cuenta de la nueva realidad legislativa.

²⁶ Lafaurie et. al. (2005) da cuenta de la situación en México, Colombia, Perú y Ecuador señalando grados de opción entre uno y otro para las mujeres.

Referências

- ADRIAZOLA, Gabriel 2002 "Alcances del secreto profesional del médico" *Revista Médica Uruguaya*, Montevideo, Nº 2002, pp 9-17
- ARILHA, Margareth; BARBOSA, Regina 1993a "Cytotec in Brazil: 'At least it doesn't kill'" *Reproductive Health Matters*, Reino Unido, vol.1, Nº 2, pp 41-52
- 1993b "The Brazilian experience with Cytotec". *Studies in Family Planning*, Estados Unidos, vol.24, Nº 4, pp 236-240
- AUPF/RUDA (Asociación Uruguaya de Planificación Familiar/Red Uruguaya de Autonomías) *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: AUPF/IPPF-WHR, 2008
- BARRAN, José Pedro *Medicina y sociedad en el Novecientos, vol 1. El poder de curar*. Montevideo: EBO, 1992
- BRIOZZO, Leonel (coord.). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2002
- COELHO, H.L.; TEXEIRA, A.C; CRUZ, MdeF; GONZAGA, S.L., ARRAIS, P.S.; LUCHINI, L., LA VECCHIA, C.; TOGNONI, G. "Misoprostol, the experience of women in Fortaleza, Brazil". *Contraception*, Países Bajos, vol. 49, Nº 2, pp 101.110. 1994.
- CHÁVEZ, Susana; BRITT COE, Ana "Aborto con medicamentos: perspectiva de mujeres atendidas en un servicio de consejeras en Lima" *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, El Colegio de México, México, 2005
- CITRO, Silvia "La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicios para una genealogía (in)disciplinar", En: Silvia CITRO (coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2010, pp 17-58.
- CSORDAS, Thomas *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994
- CSORDAS, Thomas "Modos somáticos de atención", En: Silvia CITRO (coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2010, pp 83-104.
- ELLERTSON, Charlotte; ELUL, Batya; WINIKOFF, Beverly. "Can women use medical abortion without medical supervision?" *Reproductive Health Matters*, Reino Unido vol. 5, Nº 9, pp 149-61, 1997.
- FAUNDES, Anibal (ed.) *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. s/l. 2007.
- GUTIÉRREZ, Ma. Alicia; VÁZQUEZ, Sandra; CALANDRA, Nilda; BERNER, Enrique "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de Misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes", En: CHECA, Susana (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006

HEILBORN, María Luiza; CABRAL, Cristiane; BRANDAO, Elaine; CORDEIRO, Fabíola; LOPES AZIZE, Rogério. "Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios", *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, N° 12, 2012.

JACKSON, Michael "Conocimiento del cuerpo", En: Silvia CITRO (coord.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2010, pp 59-82

LAFURIE, Ma. Mercedes; CHAVEZ, Susana; GROSSMAN, Dan; TRONCOSO, Erika; BILLINGS, Debbie "Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study". *Reproductive health matters*, Reino Unido, vol. 13, N° 26, pp 75-83, 2005

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA *Reglamentación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Montevideo, 2012 http://www.msp.gub.uy/uc_7147_1.html

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000

PETRACCI, Mónica; PECHENY, Mario. *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires: CEDES, 2007.

PETRACCI, Mónica; PECHENY, Mario; MATTIOLI, Marina 2009 "Derechos sexuales, contracepción y aborto: el caso argentino. Trayectorias afectivo-sexuales, contraceptivas y de aborto de mujeres de Buenos Aires, Argentina". En: *Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA)*, Rio de Janeiro, Brasil, 11-14 de junio.

ROHDEN, Fabiola. *A construcao da 'natureza feminina' no discurso medico. Uma ciencia da diferenca: sexo e genero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2001.

ROSTAGNOL, Susana "El silencio, la soledad, la censura social", en: Leonel BRIOZZO, ed. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: Arena, 2007 pp 211-216.

_____. *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Tesis doctoral en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011

ROSTAGNOL, Susana; VIERA CHERRO, Mariana "Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay", En: Susana CHECA (ed.) *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006 p. 299-316,

SANSEVIERO, Rafael *Condena, tolerancia, negación. La situación del aborto en Uruguay*. Montevideo: cba Ed, 2003

SCHWARZ, Patricia K.N “Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la Ciudad de Buenos”, *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, N° 6, p p. 83-104. 2010

VIDIELLA, Gonzalo; RODRÍGUEZ, Fabian; BRIOZZO, Leonel 2004 “El aborto médico mediante el uso de misoprostol”, *Archivo de Ginecología y Obstetricia*, 42(2):85-88.