

# **Medicalización y aborto. Control, prejuicio y autonomía desde la perspectiva de estudiantes de la carrera de Medicina de la UBA**

Avance investigación en curso y sistematización de procesos de investigación - acción y/o de intervención social

GT 11: Género, desigualdades y ciudadanía

Ana Mines Cuenya<sup>1</sup>

## **Resumen**

En el siguiente trabajo me dispongo a explorar los cruces entre el aborto y la Biomedicina. Voy a definir el aborto como una acción llevada a cabo por mujeres. Numerosos son los mitos y prejuicios que se ponen en juego en la relación entre las mujeres que abortan y el sistema de salud. El objetivo del trabajo es indagar sobre el cruce entre aborto y medicalización y aportar a la elaboración de una propuesta para las mujeres que garantice su derecho a la salud, considerando para ello fundamental sus trayectorias, saberes, creencias, historias, etc.

**Palabras claves:** aborto – medicalización - autonomía

## **Introducción**

A la hora de reflexionar en torno a la heterosexualidad, los cuerpos, el poder y la Biomedicina, el aborto constituye uno de los tantos hechos político-sociales necesarios de ser reflexionados.

Sin dudas la experiencia militante en el tema tuvo para mí un peso fundamental en el modo de abordar y conceptualizar el aborto. En esta experiencia tuve la oportunidad de conocer el relato de miles de mujeres que buscaban herramientas-información sobre cómo abortar de manera segura<sup>2</sup>. A través de ellas pude acercarme y (fragmentariamente) leer otros muchos escenarios y sentidos posibles de y donde vivir, sentir, narrar, construir la experiencia de abortar: autonomía, agenciamiento, resistencia, empoderamiento, lucha contracultural, etc. son procesos y tensiones que se ponen constantemente y dinámicamente en juego.

Mi propósito en esta investigación es acercarme de manera exploratoria al modo en el que se trabaja actualmente el aborto en las propuestas curriculares de formación de futurx<sup>3</sup>s médicxs. Para realizarlo, entrevisté a 24 estudiantes de grado de la Carrera de Medicina de la UBA entre los años 2012 y 2013.

## **Aborto, un breve pantallazo. Cifras en el contexto restrictivo actual.**

Se estima que se inducen y auto-inducen en Argentina alrededor de 500.000 abortos anuales (Pantelides y Silva 2006), en otras palabras, uno por cada minuto que pasa. Sin embargo, un ínfimo número de aquellos son formalmente legales y -sólo en teoría- cuentan con la posibilidad de acceder a

---

<sup>1</sup> Socióloga, militante social, lesbiana transgénero feminista queer, anamines@yahoo.com.ar. Soy estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

<sup>2</sup> Mediante mi participación en el colectivo Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, colectivo que gestionaba la “Línea aborto: más información, menos riesgos” desde fines del 2008 hasta mediados de 2011, línea telefónica en la que se brinda (hasta el día de hoy funciona) información sobre el uso correcto de la droga misoprostol para realizarse una misma un aborto de manera segura.

<sup>3</sup> Por que la x

los servicios del sistema público de salud para ser realizados. O sea, el aborto es en este país una práctica restringida legalmente; sólo es legal abortar en casos de embarazos producto de una violación, en los casos en los que peligran la salud o la vida de la mujer embarazada o si la mujer tiene alguna enfermedad o discapacidad mental. Cabe destacar que aún en los casos se encaja perfectamente en estas “causales”, “el acceso al mismo se encuentra obstaculizado y las posibilidades de acceder a un aborto son excepcionales” (Mines y Rodríguez, 2011, 5).

A través de estos datos, podemos rápidamente deducir que la punibilidad del aborto no es motivo que impida a las mujeres seguirlo de practicando de forma masiva.

Cada año son internadas 60.000 mujeres (Pantelides y Silva 2006) por complicaciones por aborto. Las muertes por complicaciones relacionadas al aborto siguen siendo la primer causal de mortalidad materna en el país oscilando en un número total que va de 80 a 100 (Guía para el mejoramiento de la atención post aborto, MSN, 2010).

Según un informe elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en relación a las estadísticas hospitalarias en los años 1998 y 2002, el legrado post-aborto es la segunda causa de hospitalización de las mujeres en edad fértil, en el país.

Cabe destacar que estos datos no dan cuenta de lo segmentado que se encuentra el mercado del aborto clandestino como tampoco de los consecuentes efectos diferenciales de la clandestinidad -según las circunstancias, contextos, historias de vida, herramientas, posición de clase, color de piel, nacionalidad, etc.- a los que están expuestas las mujeres que abortan (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto 2010).

Un aborto seguro hecho con técnicas quirúrgicas en el mercado clandestino llega a costar entre 3000 y 5000<sup>4</sup> -siempre que este se realice en el marco del primer trimestre de embarazo, ya que el precio de un aborto en el segundo trimestre sube exponencialmente. El aborto farmacológico con misoprostol cuesta entre 100 y 600<sup>5</sup> pesos. Claro está que las mujeres que cuentan con más recursos económicos, sociales, mayor acceso a servicios de salud –por obra social o prepaga, etc. tiene mayores posibilidades de acceder al aborto (sea hecho con el método que sea) más rápido y en mejores condiciones que las que tienen menos acceso a los mismos. Por lo tanto, las estrategias y respuestas esbozadas por las mujeres están condicionadas por recursos sociales, económicos, políticos desigualmente distribuidos (Mines y Rodríguez, 2011).

La práctica del aborto en nuestro país, al igual que en otras regiones de América Latina, se ha visto modificada a partir de la difusión del aborto con medicamento, con misoprostol. Éste ha contribuido a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna por complicaciones de aborto aún en aquellos países donde el aborto se encuentra legalmente restringido (Lafaurie et al, 2005; Warriner y Shah, 2006). Distintos estudios realizados en nuestro país coinciden en señalar que el uso del misoprostol para abortar se encuentra difundido y es utilizado ampliamente por las mujeres, y que ésta situación ha contribuido en la reducción de las muertes y complicaciones por aborto inseguro. (Zamberling, 2007, OMS, FLASOG)

### **Qué estamos entendiendo por medicalización. Tensiones en torno los saberes/poderes de la Biomedicina sobre el cuerpo.**

La medicalización, podemos decir, es un proceso contemporáneo de desenvolvimiento de la Biomedicina. Tal como señala P. Conrad “puede describirse como un proceso múltiple y variado, por el cual “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de enfermedades o desórdenes” (Citado en Cannellotto y Luchtenberg, E, 2010, 11). En

<sup>4</sup> El precio oficial del dólar –cuyo acceso en este momento es bastante restringido- es de 5,50 pesos por dólar. O sea, en términos de dólar, un aborto quirúrgico en el primer trimestre cuenta entre 550 y 1000 dólares aproximadamente.

<sup>5</sup> Entre 20 y 100 dólares

palabras de M. Foucault (2003), el despliegue de la medicalización y la correspondiente expansión del sistema sanitario estuvieron intrínsecamente ligados a las necesidades contemporáneas de control social. Cannelotto y Luchtenberg (2010) caracterizan al sistema de salud como el dispositivo judicial-policial-sanitario en el que convergen lógicas de opresión político-económicas. Este proceso puede ser considerado como una de las transformaciones centrales ocurridas en la segunda mitad del siglo XX.

Según E. Menéndez, la medicalización se presenta en la sociedad y en los individuos como una necesidad y por lo tanto, una demanda. Pero ésta en vez de ser la causa es más bien una de las consecuencias –quizás de las mejor logradas- de tal proceso.

El saber de la Biomedicina en torno al cuerpo, la mente y sus procesos, se presenta a sí mismo como científico, verdadero y superior identificándose con el conocimiento último de la “Naturaleza Humana” y de la “Biología” en tanto sustratos de verdad de cierta ontología del cuerpo y la mente. Así, la medicalización opera aumentando los niveles de dependencia y desarticulando, como contraparte, el avance de aquellas visiones que promueven tanto otros modos de saber como el acceso generalizado del derecho a la salud. Sin ánimos de negar la eficacia y la eficiencia de muchos saberes y tratamientos de la Biomedicina, afirmamos que la racionalidad científica opera desautorizando otros saberes, es decir, que “si bien la eficacia, la eficiencia o las condiciones de atención de la Biomedicina constituyen criterios importantes, el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico/técnica” (Menéndez, 2009, 51).

La biomedicina se construye como un saber hegemónico y por lo tanto, niega su historicidad. Y, justamente, la a-historicidad posibilita dejar de lado un proceso fundamental de las sociedades contemporáneas occidentales: el proceso de medicalización. Como dice Menéndez,

dicho proceso –y su análisis histórico- (...) ha evidenciado –entre otros procesos- la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino también a la propuesta de tratamientos en gran medida basados en los medicamentos (2009, 48).

En el mismo momento en el que la racionalidad científica se convierte en el criterio característico de la Biomedicina desaparecen todas las posibles vinculaciones con aspectos relacionados al campo cultural, social, político y económico. Esta exclusión simbólica es fundamental en la conformación de su identidad. Sin embargo, la Biomedicina utilizó y utiliza la dimensión cultural sobre todo para evidenciar aspectos negativos de la población. Tiende a señalar cómo los factores culturales favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos o por lo menos reducirlos, pero no se incluyen las formas de atención “culturales” que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños. Así, la Biomedicina tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad respecto de las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarlas o a una aceptación crítica o un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado (Menéndez, 2009). Así también Biomedicina recrea la dependencia hacia ella. La medicalización trae aparejada necesariamente una determinada concepción de la capacidad de autocuidado. Este proceso aparece como la “desactivación de las potencias individuales y colectivas, cuyo eje reside en la reducción de la complejidad de los procesos vitales a cuestiones de orden médica o psicológica” (Cannelotto y Luchtenberg, 2010: 13).

En este marco, las nociones y prácticas de autoatención son susceptibles de ser invisibilizadas, sub-registradas, erradicadas, etc. Sin embargo, a través de sus investigaciones, Menéndez da cuenta de su papel constante y frecuentemente decisivo en el proceso de articulación de las diferentes formas de atención y especialmente con la Biomedicina.

La autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina exclusivamente con la automedicación. Pero “la automedicación sólo es parte de la autoatención, y el haber reducido la autoatención a la automedicación es justamente un efecto del saber biomédico” (Menéndez, 2009, 54). Por autoatención me refiero a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y del grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar, o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Menéndez (2009) afirma que la autoatención puede ser pensada en dos niveles; uno amplio y otro restringido. El primer nivel refiere a todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción bio-social de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico. Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva podemos incluir no sólo a la atención, sino también las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso de agua, etc., etc., etc. La definición restringida refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de salud, enfermedad y atención.

Es a partir de lo que acontece en la autoatención y por supuesto en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socio-económicas y culturales ya señaladas, que el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan, y por supuesto a las que pueden acceder en términos económicos, pero también socioculturales (Menéndez, 2009, 57).

Es decir, cómo se lleve a cabo el proceso de autoatención estará relacionado a las condiciones sociales o la situación de cada sujeto o grupo. La decisión de ir a consultar a un curador profesional, y una parte de las actividades que se realizan luego de la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención.

Para cerrar este apartado y a modo de dejar entrar algo de aire a este panorama un tanto hermético, vamos a retomar aquella premisa de M. Foucault: donde hay poder hay resistencia. Por ello quiero resaltar que en nuestras sociedades contemporáneas, funcionan diferentes modelos de atención: un modelo “clínico” el cual responde de modo lineal a los mandamientos del sistema biomédico cuya perspectiva asistencial pareciera fortalecer el proceso de medicalización, y un modelo “comunitario” cuya base en la atención primaria, la salud pública y los derechos sociales intenta cuestionar y resistir dicho proceso.

### **Una brevísima reseña sobre el misoprostol en tanto tecnología para abortar**

Tal como se describe en la Guía de Misoprostol para Uso en Ginecología y Obstetricia (FLASOG, 2007), esta droga (prostaglandina sintética) a principios de los '80 estaba registrada y se comercializaba en la región para el tratamiento de la úlcera péptica a la vez que era contraindicada para las mujeres embarazadas porque como “efecto secundario” podía resultar abortivo.

Hasta ese momento no existía evidencia ni sistematizaciones clínicas que avalaran su uso como un medicamento abortivo. Fueron las mujeres latinoamericanas las que a partir de la apropiación de este recurso tecnológico y experimentando con sus propios cuerpos innovaron en el uso abortivo del medicamento. Su uso se ha ido socializando de manera informal y ha sido incorporado en el repertorio de prácticas y métodos abortivos utilizado por las mujeres, resultando en una eficaz estrategia preventiva de los abortos inseguros. Consideramos interesante traer la historia de la creación del

misoprostol como una tecnología abortiva porque, en primer lugar, nos permite visibilizar la historia de las mujeres en torno a una práctica cotidiana y recurrente como el aborto (Lesbianas y Feministas 2009, 2010; Mines, Rodríguez, 2011). Por otro lado, esta innovación, logra poner en tensión la relación de poder entre saber popular y saber profesional: la Biomedicina, como vimos más arriba, suele considerar los saberes populares orientados a la prevención como saberes equivocados o incorrectos, que deben ser modificados, o bien considera que la población no tiene criterios preventivos o que los rechaza.

El misoprostol, ha sido reconocido en la Guía Técnica de Políticas para los Sistemas de Salud, “Aborto Sin Riesgos” (OMS, 2003) como un medicamento abortivo, seguro y eficaz que cuenta con ciertas ventajas: además de ser barato, fácil de administrar, de almacenar y de estar ampliamente difundido en varios países con altos niveles de aceptación cultural, es el único método abortivo reconocido que permite la autoinducción de abortos de manera segura antes de la semana 12 de gestación incluida, situación que ha contribuido a reducir la prevalencia de muertes evitables y complicaciones por aborto inseguro en distintas partes del mundo (Warriner y Shah, 2006; FLASOG, 2007; OMS, 2003).

Durante la última década varios estudios han confirmado que aún en situación de clandestinidad: 1) Los abortos inducidos con misoprostol son más seguros que los inducidos con otros procedimientos; 2) Hay una asociación temporal entre aumento en las ventas de Misoprostol y reducción en las complicaciones del aborto inseguro. (Gómez Ponce de León, IPAS – FLASOG, 2010).

En este sentido, en la Guía Técnica y de Políticas para los Sistemas de Salud para el Abortos sin Riesgos, la OMS afirma que:

El misoprostol como tecnología médica apropiada por parte de las mujeres para su uso autónomo ha transformado radicalmente las prácticas de aborto en nuestro país y en la región: Su carácter de producto comercial, las formas de su utilización, y las dinámicas de la circulación de informaciones, han permitido su incorporación a los “capitales culturales específicos” que circulan en las redes informales donde las mujeres en situación de aborto satisfacen su necesidad de interrumpir embarazos (RUDA y AUPF, 2008:39).

Varios estudios en torno a la valoraciones y percepciones de las mujeres sobre este método de inducción de aborto, han coincidido en apuntar que mujeres de distintas culturas y geografías experimentan este método como menos riesgoso, ya que permite evitar cirugías, vivencias indeseadas de dolor y sometimiento a procedimientos invasivos, al considerarlo más sencillo y natural, cercano a la experiencia de una menstruación (Lafaurie et al, 2005; Warriner y Shah, 2006).

### **Saber/poder: cómo circula el aborto en la formación en Medicina**

Hacia fines de 2012 comencé a entrevistar a estudiantes de la Carrera de Medicina de la UBA con el fin de conocer la conceptualización de las cuestiones ligadas al sexo y a la sexualidad de las instituciones de la Biomedicina contemporáneas y ver, qué movimiento hubo, si es que los hubo, en los últimos años a raíz de ciertos acontecimientos políticos sucedidos en nuestro país, entre los que destaco rápidamente la aprobación de la Ley de Identidad de Género, la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, entre otros. Entrevisté un total de 24 estudiantes, 4 por cada año de la carrera. Entre mis preguntas se encontraban las referidas al aborto que eran principalmente cuatro: 1)- si se habla de aborto, cómo se habla, qué se dice, 2)-qué imaginario circula en relación a las mujeres que abortan, 3)- qué conocimientos tienen en relación al Misoprostol, y, 4)- qué rol tendría que cumplir el sistema de salud en relación al aborto.

En relación a la primera pregunta, el 66,7% respondió que de forma negativa, es decir, que de aborto no se habla específicamente, no se trabaja como un tema en sí. De ellos algunos afirmaron no haber siquiera escuchado el tema ningún momento de la cursada mientras que otros respondieron que sí, pero sólo en tanto efecto de alguna patología o como propiedad de alguna droga (abortiva).

Elvira, tercer año: “no vi y no sé si se verá demasiado en la Carrera...”

Julieta, quinto año: “puede haber gente que lo nombre, pero no es tanta... (...) no se habla nunca del aborto como temática...”

El 25% comentó haber participado de seminarios especiales donde sí se aborda la cuestión del aborto. Éstos son extracurriculares. Su dictado está determinado por el impulso de grupos provenientes mayormente de sectores estudiantiles y agrupaciones políticas.

Sandra, primer año: “poco y nada... bueno, en los talleres que se abrieron se habla, o en algunos talleres de organizaciones de la facultad, pero no como parte de la currícula, sino como extracurricular...”

Ramiro, tercer año: “el año pasado organizamos un taller, fue la primer actividad que logramos organizar el cuerpo de docentes estudiantes, pensada y desarrollada por nosotros... (...) en la facultad como que hay una decisión política de no hablar de aborto... y no es muy difícil darte cuenta de que tenemos que hablar de aborto... hablamos de enfermedades que pasan una vez cada miles de nacidos y no hablamos de una cuestión de salud pública como lo es el aborto clandestino...”

Sólo el 8,3% de los entrevistados afirmó haber tenido oportunidad de reflexionar en relación al aborto en las materias de Bioética 2 y en salud pública, es decir, la “las materias humanísticas”.

Alejandra, cuarto año: “y mirá, en Bioética I, el tipo era muy profesional, no nos inducía nada, pero la II, la cursé en la cátedra de un tipo que es muy católico... y bueno, a todos los que decían que estaban a favor del aborto él los refutaba, no es que te decía “que horror, hay que quemarte en la hoguera”... pero a los que decían que estaban a favor el profesor les decía la cuestión de la vida “¿a vos te parece? ¿y desde cuando te parece que hay vida?”... si no tenías argumentos era muy difícil decir que estabas a favor...”

Gerardo, 6to año: “la única materia donde sí o sí se habla de aborto es en Bioética II y por suerte yo tuve una buena cursada en ese sentido donde lo vimos un poquito más... sino básicamente la idea que tiene un estudiante de medicina que se recibe sobre el aborto es la misma que puede tener cualquier persona que forma parte de la sociedad que está allá afuera...”

En relación a la segunda dimensión que me propuse abordar, es decir, las representaciones que circulan en la formación médica en relación a las mujeres que abortan, surgieron relatos en los que se destacaba un rol activo-agenciado de la mujer, tanto en un sentido positivo (sujeto que decide, autonomía) como negativo (irresponsable, descuidada, conductas indeseables) y otros donde se la representa ligada a lo pasivo - patológico - victimizante. Cabe destacar que lo que se le pedía a los estudiantes no era su opinión personal sino que den cuenta del imaginario social hegemónico en la Carrera en relación a las mujeres que abortan.

El 16,7% afirmó que las mujeres que abortan deciden sobre la continuidad o no de ese embarazo.

Claudia, quinto año: “una mujer que expide un embarazo por el motivo que sea”

Ramiro, tercer año: “como una mujer que decide no tener un hijo en este momento... eso...”

El 41,7% afirmó que las mujeres que abortan son irresponsables, descuidadas, hay que evitar eso que hacen.

Octavio, tercer año: “en general hay muchas personas que tienen mucho prejuicio y sin conocer la historia de esa mujer, sin saber cómo es que llegó a quedar embarazada, y muchas la tachan a la mujer como “ah bueno, jodete, lo hubieras pensado antes”.

Eugenia, sexto año: “yo no tuve experiencia de ver ningún tipo de maltrato aunque sé que existen... y la imagen que circula es la de irresponsable... que la mujer que aborta no se cuidó porque no le importó...”

Francisco, quinto año: “un médico que atiende en el Piñeiro le dijo literalmente a un amigo mío “se lo hacemos por raspado así no se embaraza de vuelta”... la lógica inquisidora está a la orden del día... choca mucho el médico viejo facho y los médicos piolas... pero el ideario sigue siendo muy dominado por los fachos...”

El 33,3% opina que las mujeres de alguna forma son víctimas.

Gerardo, sexto año: “no sé... creo que todos sabemos que es una situación de desesperación, de no saber qué hacer”

Vavina, cuarto año: “como que hay un imaginario del médico que hace abortos como oscuro, ilegal... y de las mujeres que abortan que son pobres e ignorantes, que se meten cualquier cosa porque no saben”

En relación al Misoprostol, un 66,7% de lxs entrevistadxs afirmó no haber escuchado hablar de él durante la carrera mientras que un 25% sí, pero en el marco de un listado de ejemplos de medicamentos que producen como efecto secundario el aborto. Sólo un 2% conocía el Misoprostol por haberlo investigado por su propia cuenta.

En relación al rol del sistema de salud, un 62,5% de lxs entrevistadxs afirmó que éste tendría que hacerse cargo de los abortos y que esta práctica debería ser legal, pero al desconocer la técnica del aborto farmacológico, sólo el 13% de ellxs (es decir, 2 entrevistadxs) pensaba el aborto farmacológico con la técnica adecuada para llevar a cabo el aborto. El 37,5% de los entrevistdxx afirmó que el sistema público de salud tiene que hacerse cargo solamente de los abortos no punibles.

### **Palabras Finales. Aborto: la tensión entre un modelo biomédico y la desmedicalización-autoatención**

De lo surgido en las entrevistas podemos reflexionar en torno a varios puntos. En primer lugar, me interesa destacar que éstas dan cuenta de una identificación general de lo que en este trabajo se describió como sistema biomédico: predominancia del rol médico en las decisiones, la imagen del cuerpo médico como juez capaz de tomar partido sobre lo bueno y malo -en este caso, en lo que a la salud de las mujeres en situación de aborto se refiere-, la construcción de la mujer que aborta como paciente, en el sentido de pasiva e ignorante. También, la idea generalizada de que el sistema de salud se tiene que hacerse cargo del aborto mediante una intervención quirúrgica desconociendo modos protocolizados por organizaciones médicas internacionales como FLASOG y OMS, quienes si bien son organizaciones orgánicas del sistema biomédico, en este tema han mostrado matices; este punto tampoco me parece menor.

El “vacío” de información en la Carrera de Medicina de la UBA respecto al tema del aborto en general y del Misoprostol en particular aparece como un dato sumamente relevante. Aquí me interesa destacar que este es un “vacío productivo”, es decir, no es exactamente un vacío, sino un modo concreto de abordar el tema del aborto, que, como tal, produce efectos concretos: tiende a la medicalización de las mujeres que abortan entendiéndolas como sujetos descuidados, irresponsables, infantiles o como víctimas, negando su saber, sus experiencias y su autonomía.

Al no problematizarlo, al no formar a futurxs médicxs en las técnicas adecuadas, en sus efectos, con conocimientos de los modos de atención basados en protocolos vigentes elaborados en base a perspectivas respetuosas de los derechos y los saberes de las mujeres, la Carrera de Medicina está siendo funcional a los prejuicios sociales y culturales en relación al tema, con la salvedad de que son lxs médicxs, entre otros agentes de la Biomedicina, quienes tienen el poder de aduana en relación a la circulación de saberes, pero, fundamentalmente en relación a los recursos farmacológicos como lo es el Misoprostol. Aparte de esto, son lxs médicxs quienes reciben en las guardias a las mujeres que abortan, guardias, que como comenta Francisco en la entrevista, cumplen con un rol policial con efectos aterrorizantes.

Como dicen Menéndez (2009), los propios curadores tratan de mantener su propia identidad como curadores. Esta es la manera dominante de actuar de la Biomedicina, que si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía.

En ningún momento de las entrevistas surge la idea de que las mujeres tienen conocimientos y herramientas para autoatender su propios abortos. Muy lejos parecemos estar de aquella idea. Sin embargo, si sólo 60.000 de los 500.000 que se producen por año ingresan al sistema de salud por complicaciones, podemos pensar, por un lado que la mayoría se hace sin contacto con el sistema de salud, y por otro, que sólo el 12% de los abortos se complican agudamente, o sea, que aproximadamente el 88% no. Claro está que en este grupo están tanto quienes se lo practican de modo quirúrgico, con AMEU, con Misoprostol, con otras drogas y técnicas caseras (algunas de ellas peligrosas para la salud de quienes se practican ese aborto) y también los espontáneos. No contamos con información para desagregar este grupo con precisión. Sin embargo, sea el método que sea, las mujeres se autoatienden, entendiendo la toma la decisión sobre el método más conveniente para ellas, también como un modo de autoatención.

Estas experiencias sobre el aborto no son consideradas desde la perspectiva Biomédica, la cual tienden a negar, ignorar, y/o imaginar la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención a los padecimientos, pese a ser utilizados frecuentemente por diferentes sectores de la población.

Retomo de Menéndez esta idea,

si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando a su salud (2009, 29).

Para ello es fundamental re-conceptualizar a la mujer que aborta en tanto sujeto-agenciado y situado, con deseos, sentires y herramientas, más o menos acotadas que permiten desarrollar diversas estrategias para garantizarse el acceso al aborto y su derecho a no enfermar ni morir por un aborto inseguro.

### **Bibliografía utilizada:**

Canellotto, A y Luchtenberg, E. (2010). *Introducción, en Medicalización y sociedad*, Bs. As.: Ed. UNSAM.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud, (2002), *Estadísticas Hospitalarias. Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico*, Serie N° 4, N° 18 y N° 19. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina 1998 y 2002.

FLASOG, (2007) *Uso de Misoprostol en Ginecología y obstetricia*. Marzo 2007. Disponible en [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/FLASOG\\_Manual\\_2007.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/FLASOG_Manual_2007.pdf)

Foucault, M, (2003), *El nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI, Buenos Aires.

Gómez Ponce de León, R.; *Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto* (2010), *Acceso a la Información: un derecho básico y una estrategia para reducir el aborto inseguro*. Póster presentado en la XLII Reunión Nacional Anual FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología) y XXV Congreso Internacional de Medicina General FAMG (Federación Argentina de Medicina General).



Lafaurie, et.al, (2005) *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres de México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council, GynuityHealthProjects

Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, (2009), Segundo informe de la Línea: *Aborto, más información, menos riesgos*”, “1.700 llamadas. 1.700 historias. 1.700 mujeres...la prohibición como violenciapolítica contra las mujeres, disponible en [www.abortoconpastillas.info](http://www.abortoconpastillas.info)

Menéndez, Eduardo (2009). *Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas en De sujetos, saberes y estructuras*. Ed. Lugar. Bs As.

Mines, Ana y Rodríguez, Paloma, (2011), *Cuando el aborto toca la puerta del consultorio*. Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. Anuario de investigaciones. 2011. Buenos Aires.

OMS, (2003), *Guía Técnica y de Políticas para el Sistema de Salud. Aborto Sin Riesgos*, Suiza, OMS.

Patelides E, Mario S. (2006), *Morbilidad Materna en Argentina. Prevención y calidad de atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas al aborto*. CEDES/RE. <http://www.cedes.org/areas/salud-es/index.html>

RUDA Y AUPF, (2008), *Barreras. Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir.*, Montevideo, AUPF y RUDA con el apoyo de IPPF/RHO.

Ugalde, A. y Homedes, N., (2007), *América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales* en: *Salud Colectiva* 3(1) p.: 33-48

Warriner, I.; Shah, I., (2006), *PreventingUnsafeAbortion and itsconsequences. Prioritiesforresearch and action*” New York, Guttmacher Institute.

Zamberling, N., (2007) *El aborto en la Argentina*, en [despenalización.org](http://despenalización.org)