



Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)

ISSN: 1984-6487

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

Szwarc, Lucila; Vázquez, Sandra Salomé Fernández  
"Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya": tiempos e intervalos durante el proceso de aborto  
Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), núm. 28, 2018, pp. 90-115  
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2018.28.06.a

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293355926005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

# **Sexualidad, Salud y Sociedad**

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 28 - abr. / abr. / abr. 2018 - pp.90-115 / Szwarc, L. & Vásquez, S. / [www.sexualidadesaludysociedad.org](http://www.sexualidadesaludysociedad.org)

## **"Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya": tiempos e intervalos durante el proceso de aborto**

**Lucila Szwarc**

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)  
Buenos Aires, Argentina

> luli105@hotmail.com

**Sandra Salomé Fernández Vázquez**

Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV)  
Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG)  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)  
Buenos Aires, Argentina

> sandrasalo.fernandez@gmail.com

---

Copyright © 2018 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Resumen:** Este artículo se propone, desde una perspectiva cualitativa, describir y analizar los tiempos durante el proceso de aborto en mujeres residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en base a cinco entrevistas en profundidad. Encontramos, en primer lugar, que el tiempo de gestación funciona como un cronómetro, que avanza de modo tan apremiante como la voluntad de interrumpirlo. En segundo lugar, identificamos el aborto como un proceso atravesado por los siguientes intervalos: 1) noticia del embarazo; 2) toma de la decisión de abortar; 3) búsqueda de información y establecimiento de vínculos; 4) obtención de la medicación; 5) toma de la medicación; y 6) expulsión y verificación del aborto. Las entrevistas dan cuenta de un escenario contradictorio, en el que la clandestinidad y la imposibilidad de nombrar el aborto en el entorno social se superponen con estrategias de resolución, individuales y colectivas.

Palabras clave: temporalidades; misoprostol; experiencias de aborto; Área Metropolitana de Buenos Aires

#### **"Queria fazer logo, queria fazer já": tempos e intervalos durante o processo de aborto**

**Resumo:** A partir de uma perspectiva qualitativa, propomos descrever e analisar os tempos durante o processo de aborto entre mulheres residentes na Área Metropolitana de Buenos Aires, com base em cinco entrevistas em profundidade. Encontramos, em primeiro lugar, que o tempo de gestação funciona como um cronômetro que avança de modo tão coercivo como a vontade de interrompê-la. Em segundo lugar, identificamos o aborto como um processo atravessado pelos seguintes intervalos: 1) notícia da gravidez; 2) tomada da decisão de abortar; 3) busca de informação e estabelecimento de vínculos; 4) obtenção da medicação; 5) ingestão da medicação; 6) expulsão do feto e verificação do aborto. As entrevistas dão conta de um cenário contraditório em que a clandestinidade e a impossibilidade de nomear o aborto no entorno social se sobrepõem a estratégias de resolução, individuais e coletivas.

Palavras-chave: temporalidades; misoprostol; experiências de aborto; Área Metropolitana de Buenos Aires

#### **"I wanted to do it quickly, I want to do it now": times and intervals during the process of abortion**

**Abstract:** Adopting a qualitative perspective, five abortion experiences of women living in the Metropolitan Area of Buenos Aires are described and analysed through in-depth interviews. We found that the time of gestation is like a chronometer progressing as urgently as the willingness to interrupt the pregnancy. We also identified abortion as a process punctuated by the following intervals: 1) knowing about the pregnancy; 2) deciding to have the abortion; 3) searching for information and the establishment of networks; 4) obtaining the medication; 5) taking the medication; and 6) the expulsion of the fetus and the verification of the abortion. Interviews showed a contradictory scenario in which secrecy and the impossibility to name abortion in the social environment overlap with strategies both individual and collective to solve the issue.

Key words: temporalities; misoprostol; experiences of abortion; Metropolitan Area of Buenos Aires

## **“Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya”: tiempos e intervalos durante el proceso de aborto**

### **Introducción**

Al momento de hacerse el test de embarazo, Emilse busca convencerse para calmar los nervios: “Me va a venir en cuanto vea que es negativo”. Las “dos raitas” que indican un resultado positivo la paralizan al punto tal que sólo atina a sacarle una foto al resultado y mandársela a una amiga. No logra decirlo, no logra escribirlo: está embarazada. Desde ese momento, hasta que lo consiga, lo único que va a pasar por su cabeza es dejar de estarlo.

Después de la parálisis inicial, Emilse va a desplegar todas las estrategias que estén a su alcance para obtener información de las personas de su círculo social: alguien tiene que saber cómo se aborta, dónde se consiguen las pastillas, quién te puede hacer una receta de Oxaprostone®<sup>1</sup>. Alguien tiene que saberlo, pero no sabe quién. Va a buscar información por Internet, llamar a líneas de información, visitar médicos en guardias y en consultorios clandestinos, y explicarles a desconocidas por qué no lo puede tener. En ese recorrido, el paso del tiempo va a ser crucial, porque hasta que no lo resuelva, no sabrá a ciencia cierta si podrá “sacárselo”. Y en ese mientras, el embarazo seguirá avanzando.

La historia de Emilse es la de tantas mujeres en América Latina que deciden interrumpir un embarazo en un contexto de penalización legal y social del aborto.<sup>2</sup> En Argentina, el Código Penal tipifica el aborto como un delito, excepto en casos de peligro para la vida o la salud de la mujer y si el embarazo es producto de una violación. En 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación pone fin a las discusiones existentes sobre la interpretación de los incisos en el fallo F.A.L.<sup>3</sup>, e insta a

---

<sup>1</sup> El Oxaprostone® es un medicamento que combina diclofenac con misoprostol, este último en dosis suficientes para producir un aborto. El misoprostol es una prostaglandina sintetizada, termoestable y de bajo costo, que genera contracciones uterinas y es recomendado por la Organización Mundial de la Salud para el aborto en el primer trimestre, en aquellos países donde no está disponible la mifepristona (OMS, 2012).

<sup>2</sup> Para más información sobre la legislación sobre aborto en América Latina ver Bohórquez Monsalve (2015).

<sup>3</sup> En este fallo, la Corte Superior de Justicia de la Nación (CSJN) se pronuncia en abstracto y ratifica las excepciones de no punibilidad del aborto contenidas en el Código Penal Argentino (CPA), a saber: 1) la causal salud y 2) la causal violación. Con respecto a esta segunda

las provincias a elaborar protocolos acordes al mismo (CSJN, 2012). Sin embargo, aún hoy existen importantes barreras que dificultan el acceso de las mujeres a interrupciones legales del embarazo (ILE) (Ramón Michel *et al.*, 2012).

La penalización de la práctica no disuade a las mujeres de abortar (Petracci *et al.*, 2012). En Argentina, estimaciones del año 2009 indican que se realizan entre 371.965 y 522.000 abortos por año (Pantelides & Mario, 2009). Desde entonces, las prácticas abortivas se han modificado cualitativamente, a partir de la disponibilidad del misoprostol en la región (Zamberlin *et al.*, 2012). Las mujeres comenzaron a utilizar este fármaco para abortar, y organizaciones, y profesionales de la salud, crearon iniciativas para difundir información sobre su utilización (Szwarc, 2014; Fernández, 2015; Burton & Peralta, 2016; Burton, 2017; Santarelli & Anzorena, 2017). Estas iniciativas, y los avances normativos, han configurado un panorama contradictorio, en el que muchas mujeres pueden acceder a una ILE o a asesorías, dentro y fuera del sistema de salud (Ramos *et al.*, 2014; Santarelli & Anzorena, 2017), mientras que otras recurren a prácticas inseguras y clandestinas, que elevan las cifras de morbimortalidad (Pantelides *et al.*, 2007).

En este contexto de penalización normativa y simbólica, pero también de un mayor acceso relativo a abortos seguros<sup>4</sup>, nos propusimos investigar las esperas y las temporalidades durante el proceso de aborto en las experiencias de mujeres residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

En América Latina se han desarrollado múltiples investigaciones que tienen por objeto de estudio las experiencias de las mujeres que transitan un aborto (Charneton & Vacarezza, 2012; Petracci *et al.*, 2012; Zamberlin *et al.*, 2012). Se han analizado los aspectos socioeconómicos que determinan el acceso a la práctica (Mendes Gigliotti *et al.*, 2013; Araújo dos Santos & De Brito, 2014) y los efectos del contexto legal y la clandestinidad sobre la subjetividad de las mujeres que abortan (López Gómez & Berro, 2010). También se han investigado el rol de las parejas desde las narrativas de las mujeres (Nonnenmacher *et al.*, 2014) y las percepciones de los varones en las trayectorias de aborto de sus parejas (Petracci *et al.*, 2012). Otras líneas de investigación recientes son aquéllas que analizan las experiencias de aborto mediante el uso de misoprostol (Diniz & Castro, 2011; Zamberlin *et al.*,

---

causal, la CSJN señala que no es necesaria la denuncia de la mujer gestante, sino que es suficiente con la declaración jurada de ésta para que los servicios de salud que correspondan provean el aborto.

<sup>4</sup> Los abortos seguros se definen en oposición a los abortos inseguros, es decir, aquellas prácticas que, según la Organización Mundial de la Salud, son llevadas a cabo por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez (OMS, 2012).

2012; Ramos *et al.*, 2014; De Zordo, 2016) y el acceso a este medicamento abortivo en la región (Zurbriggen, 2017); las prácticas y las experiencias de organizaciones que, desde la sociedad civil, brindan información sobre cómo realizarse un aborto medicamentoso (Drovetta, 2014; 2015a; 2015b; Burton & Peralta, 2016; Burton, 2017; Santarelli & Anzorena, 2017).

En relación a la espera, desde la sociología, diferentes autores la han identificado como “mecanismo de soportabilidad social” (Scribano, 2010), o como mecanismo de poder (Auyero, 2013). Según estos autores, la paciencia y la perseverancia son cualidades que el Estado, como agente garante de las formas de reproducción capitalista, exige de los/as dominados/as. La espera es una de las marcas de la desigualdad que se imprime en los cuerpos y las subjetividades de los y las que esperan (Cervio & D’Hers, 2014), y que a su vez posibilita resistencias (Scribano, 2010).

El análisis de la espera y las temporalidades también ha sido abordado desde los estudios de género, estudiando las diferencias generizadas en las vivencias del tiempo (Bessin & Gaudart, 2009; Bessin, 2014). Algunos trabajos, retomando los análisis feministas de la maternidad y la reproducción como instituciones patriarcales definidas culturalmente (Rich, 1976 *apud* Franklin, 1995; Franklin, 1995; Gentile, 2013), proponen una crítica a las lógicas temporales de la reproducción. En esta línea, otras autoras proponen los conceptos de “repro-time” (Halberstam, 2005 *apud* Gentile, 2013) y “reprofuturity” (Dinshaw *et al.*, 2007 *apud* Gentile, 2013) para hacer referencia a la naturalización de una cronología de vida que responde a la “lógica temporal reproductiva de la clase media” (Halberstam, 2005 *apud* Gentile, 2013) o el “straight time” (Freeman, 2007 *apud* Gentile, 2013). También se han estudiado las temporalidades en los procesos de reproducción asistida (Gentile, 2013; 2015) y aborto (Beynon Jones, 2017; Purcell *et al.*, 2017).

En nuestro análisis, los tiempos en el proceso de aborto de las mujeres se encuentran delimitados por un Estado ausente y por la clandestinidad de la práctica. A diferencia de lo que describen algunos autores en relación a la espera (Scribano, 2010; Auyero, 2013), las mujeres que abortan no esperan pacientes, se convierten en agentes en sus experiencias de aborto: buscan información, construyen vínculos, tejen redes e incluso se proveen sus propios abortos, rompiendo con lógicas temporales reproductivas naturalizadas.

## Metodología

Este trabajo responde a un diseño de investigación que busca recuperar los significados que la realidad tiene para las personas (Sautu *et al.*, 2005). Nos proponemos describir cómo inciden los tiempos en la práctica del aborto y analizar

las diferentes etapas del proceso –que denominamos intervalos– desde la mirada de las mujeres que abortan. Siguiendo un abordaje cualitativo, hemos realizado cinco entrevistas en profundidad, entre abril y julio de 2015, efectuadas a mujeres residentes en el AMBA que habían atravesado al menos una experiencia de aborto. La forma de acceso a las entrevistadas fue, en varios casos, a partir de nuestra pertenencia a espacios de consejería y acompañamiento a mujeres en situación de aborto, que forman parte de Socorristas en Red<sup>5</sup>. En otros, llegamos a las mujeres a través de contactos de conocidos/as. Los contactos se realizaron telefónicamente y las entrevistas fueron presenciales, fuera del espacio de consejería, después de la lectura y discusión de un consentimiento informado.

Las mujeres entrevistadas tienen entre 26 y 36 años y residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (4) y en el Municipio de Lanús (1). Dos de ellas son mujeres migrantes, nacidas en Colombia y Uruguay. Dos entrevistadas tienen obra social<sup>6</sup>, mientras que las otras tres se atienden en el sistema público de salud. Todas cursaron algún estudio terciario o universitario: dos de ellas finalizaron una carrera universitaria, dos completaron estudios terciarios y una comenzó, y abandonó, estudios universitarios. Al momento en el que se produjo el aborto, dos tenían parejas varones con las que convivían; una tenía pareja varón no conviviente y dos no tenían pareja estable. Son mujeres con recursos económicos y simbólicos que no optan por medios inseguros a la hora de realizarse un procedimiento, sino por solicitar información en espacios amigables o por contactar médicos/as, así sea en un ámbito clandestino.

Al momento de abortar, todas las entrevistadas fueron acompañadas, por personas allegadas, espacios militantes o personal de salud. De las cinco, dos habían abortado en dos ocasiones, con métodos diferentes. El criterio de selección de las entrevistadas fue haber tenido al menos un aborto voluntario. Sin embargo, una de ellas, años después de un aborto voluntario quirúrgico, tuvo que usar medicación luego de un diagnóstico de huevo muerto y retenido<sup>7</sup>. Todas las mujeres utilizaron

---

<sup>5</sup> Socorristas en Red nuclea un conjunto de organizaciones que realizan consejerías presenciales sobre el aborto con medicamentos, brindando acompañamiento y seguimiento a lo largo del proceso.

<sup>6</sup> El sistema de salud argentino es un sistema fragmentado en tres subsistemas: 1) el subsistema público de salud, 2) el de obras sociales y 3) el privado. Estos tres subsistemas difieren en lo que respecta a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de sus recursos. El subsistema de las Obras Sociales está conformado por organizaciones que brindan servicios de salud y asistencia social a los/las trabajadores/as que se desempeñan en un empleo formal (Acuña & Chudnovsky, 2002).

<sup>7</sup> *Huevo muerto y retenido* es un término que indica que el embarazo se interrumpió, pero aún no se ha expulsado el producto de la gestación.

pastillas al menos una vez; cuatro usaron misoprostol y la quinta lo combinó con mifepristona<sup>8</sup>. A partir de la recurrencia del aborto con medicamentos entre nuestras entrevistadas, nos centramos principalmente en el análisis de las temporalidades en estas experiencias.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, utilizamos pseudónimos para identificar a las entrevistadas y omitimos referencias, a personas allegadas y personal de salud.

La guía de entrevista con preguntas abiertas permitió que las mujeres organizaran los relatos de sus experiencias. Estructuramos el análisis buscando recurrencia en los testimonios, preguntándonos por las temporalidades que los atraviesan. A su vez, buscamos profundizar la relación entre subjetividad y poder desde una mirada biopolítica, analizando los efectos productivos de este último en las prácticas abortivas de las mujeres. Como lo plantean Chaneton y Vacarezza (2012), las experiencias de aborto permiten vislumbrar, de manera compleja, las batallas que se libran en cada práctica, donde las normas sociales delinean deseos y emociones, y a la vez, funcionan como contrapunto a posicionamientos autónomos y desestabilizadores.

### Las huellas del paso del tiempo

Las marcas del tiempo aparecen en los relatos de las entrevistadas de modo recurrente. Como en otras investigaciones que analizan las temporalidades en el proceso de aborto, el avance de las semanas de gestación, el tiempo *running out*, limita la autonomía con la que las mujeres toman la decisión (Beynon Jones, 2017) y exige de éstas cierto apremio en la resolución del aborto. El apremio no es sólo consecuencia del avance del tiempo de gestación sino también de la necesidad de resolver, de terminar aquel proceso que se ha iniciado en sus cuerpos.

No le di tiempo tampoco a sentimentalismos [...] si no lo quiero no puedo encariñarme, tiene que ser rápido [...]. Yo lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya, porque uno después piensa (Sabrina).

<sup>8</sup> La mifepristona es una anti-progesterona, recomendada por la OMS para el aborto con medicamentos, en combinación con misoprostol (OMS, 2012). La distribución y comercialización de este medicamento no es legal en Argentina. La entrevistada, según nos aseguró, obtuvo este fármaco a través una página web, *Women on web*, que envía la medicación a domicilio a cambio de una donación.

Sabrina expresa en este relato que no lo quiere, y su firmeza se sostiene en que la duda podría dar lugar a “encariñarse”. Los “sentimentalismos”, que refieren a ver aquello que se gesta en su cuerpo como a un hijo, se hacen presentes, aunque ella exprese no haberles dado tiempo. El avance de las semanas de gestación supone una amenaza para la decisión, en la medida en que modifica la relación de la mujer embarazada con su cuerpo y el feto que en él se está gestando (Beynon Jones, 2017).

Las temporalidades en el proceso de aborto también están regidas por un discurso biomédico, que percibe el avance de las semanas de gestación como un aumento de los riesgos de la práctica abortiva (Beynon Jones, 2017; Purcell *et al.*, 2017). En este sentido, las mujeres entrevistadas se enfrentan a discursos infantilizantes y normalizadores, donde “lo responsable” es solicitar y practicarse el aborto lo antes posible, y “lo irresponsable” es “dejarse estar” y después esperar “un milagro”.

El médico encima me felicitó por mi responsabilidad, fue como muy irónico visto desde ahora. [...] [E: ¿Por qué te parece irónico que te felicitase por tu responsabilidad?] [...] me parecía muy gracioso que un médico, que se supone que tiene que estar en contra de matar un niño, me felicite porque yo lo haga rápidamente o responsablemente como él decía. [...] Esto de tomar la decisión a tiempo, esto de hablar con el médico a tiempo, de no esperar, de tomar la decisión y hacerme cargo de mi decisión, esto es a lo que él se refería con responsable. Porque él me decía como que la gente venía muy tarde, y quería que el tipo hiciera milagros [...] (Sabrina).

Sabrina parece sorprenderse por la “felicitación” del médico, dado que esta reacción, si bien imprime un matiz normalizador, saca al aborto de la dicotomía a favor/en contra, planteando en cambio, cómo y cuándo es adecuado realizarlo. Le sorprende la mirada tranquilizadora del médico, porque es ella misma quién juzga su propia decisión y describe el aborto como “matar a un niño”.

En oposición al relato de Sabrina, que es tildada por su médico de “responsable”, Virginia es acusada por su pareja de esperar demasiado tiempo, de no haberse percatado del embarazo hasta pasadas las trece semanas de gestación.

Ese día [en el que se hace la ecografía que señala que está en las 13.6 semanas de gestación] he tenido una discusión también con mi pareja, que era por el tema del tiempo, que me ha dicho por qué no me había dado cuenta antes [...] era como que la culpa era mía. [...] era como que si yo lo hubiera hecho a propósito [...] (Virginia).

Chaneton y Vacarezza definen el “dejarse estar” como un “estado subjetivo de temporalidad suspendida [...] que [...] parece no habilitar la posibilidad de to-

mar tiempo para sí y en ello reconocerse como existencia corporal que amerita ser cuidada” (2011:53). En el siguiente relato de Virginia, el temor a que el avanzado tiempo de gestación reduzca la efectividad de las pastillas adquiere mayor dimensión que el temor a exponer su propio cuerpo. “Las chicas”, en referencia a un grupo de Socorristas en Red, le habían informado que podía utilizar las pastillas en su casa hasta las catorce semanas y que, a partir de esa fecha, si bien le provocarían un aborto, quizás tuviese que concurrir a un hospital para terminar el procedimiento (entrevista a Virginia). Aun en ese caso, Virginia prefiere exponer su cuerpo a los riesgos que sean necesarios para terminar con el embarazo.

Eran los días justos. [...] Entonces cuando me tomo las pastillas, que no me pasa absolutamente nada de todo lo que me habían dicho que me iba a pasar, pienso ‘¡Uy, no va a ser cosa que no sirva!’. [...] Tenía miedo más de que no funcione. O sea, el miedo de que me pase algo, te digo la verdad que prefería que no sé, terminar en un hospital a tener un hijo. (Virginia)

Como en el caso de Virginia, los relatos de las mujeres nos hablan de un paso del tiempo tanto más apremiante en cuanto no se tiene la certeza de la efectividad del aborto. La autoadministración de misoprostol para abortar genera incertidumbre y temor sobre el uso adecuado de la medicación y la efectividad de ésta, incluso en contextos donde el aborto está legalizado (Purcell *et al.*, 2017). Sin embargo, el contexto de penalización acrecienta este temor y esta incertidumbre (Ramos *et al.*, 2014). “¿Qué pasa si no funciona?” es una pregunta recurrente. La no efectividad puede suponer el inicio de un nuevo periplo, una nueva “ruta crítica” (López Gómez, 2015) en la senda del aborto clandestino. En el caso de Emilse, el miedo a la falla modifica la experiencia, proyectando un futuro en el que el fracaso impondría nuevas temporalidades y etapas que atravesar. Para ella, esta posibilidad profundiza el “trauma” que asocia al aborto.

Tenía mucho miedo de que no funcionara [el misoprostol]. [...] Y también las chicas<sup>9</sup> mismas me habían dicho: ‘Bueno, si no va la primera, se puede hacer una segunda vez, a la semana’. Eso ya también me aterraba. Volver a pasar de nuevo por la misma situación, era muy traumático también. Un intento fallido... y si de nuevo no funcionaba, hacer el legrado. Era tan traumático física y mentalmente (Emilse).

<sup>9</sup> Emilse refiere a “las chicas” que atienden la línea “Más información, Menos riesgos”, de Lesbianas y Feministas por la Describalización del Aborto, que brinda información telefónica sobre el aborto con pastillas.

La ecografía es el momento en el que se conoce con certeza el tiempo de gestación, y éste, como en el caso de Virginia, puede funcionar como un cronómetro que avanza de modo tan apremiante como la voluntad de interrumpirla, u obligar a las mujeres a esperar varias semanas hasta poder concretar el aborto, dado que el uso de misoprostol se aconseja a partir de determinada semana de gestación.<sup>10</sup> Las ecografías forman parte de la profusión de imágenes antiaborto que presentan al feto como “bebé”, desde la doctrina de la “*fetal personhood*”, para la cual el feto posee condición de persona (Petchesky, 1984).

Los usos de la imagen ecográfica por parte los grupos antiaborto responden a un proceso de reencuadre del aborto como objeto de saber médico, más que religioso (Franklin, 1991 en Beynon-Jones, 2015; Petchesky, 1984). Desde ahí, el movimiento antiaborto construye la idea de la ecografía como la evidencia objetiva de la condición de persona del feto, y al momento de la ecografía como un pivot emocional en el que las mujeres experimentan un vínculo afectivo inmediato y auténtico con el feto, incluso como un rito de pasaje en la transición a la maternidad (Beynon-Jones, 2015).

En los relatos de las mujeres, son los y las profesionales de la salud quienes vehiculan esta ideología, “mostrando” a las mujeres imágenes que ellas deben recibir con alegría, en tanto es el momento en el que devienen “mamás” viendo a su “semillita crecer”.

Porque te muestran la ecografía, te muestran el útero, te muestran el feto, te muestran todo, y todo con alegría porque una futura mamá qué más quiere que ver a su pequeña semillita crecer. Y para mí no era una semillita creciendo, para mí era [...] algo que yo no quería en ese momento (Sabrina).

En este relato, Sabrina da cuenta de una vivencia diferente a la que se busca imponer, en tanto para ella no se trata de un “bebé” ni de una “semillita creciendo”. Se posiciona subjetivamente afirmándose en esta negativa: ella no quería ese “algo” que, a pesar de la insistencia, no concibe como “bebé”. Las experiencias de las mujeres pueden contrastar entonces con las imágenes que muestran los grupos antiaborto, que suelen corresponder a embarazos más avanzados y que tienen por objetivo construir la “*fetal personhood*”. En contraste con este uso, Beynon-Jones (2015) identifica que la ecografía pre-aborto puede ser evidencia de la “insignificancia” del embarazo para algunas mujeres, particularmente en embarazos tempranos.

---

<sup>10</sup> Las entrevistadas hacen referencia a diferentes recomendaciones de organizaciones militantes, profesionales de la salud o información de Internet. El tiempo de gestación a partir del que se recomienda el uso del medicamento, para su mayor efectividad, oscila en nuestras entrevistas entre la séptima y la novena semana.

En el siguiente fragmento, Sabrina también relata el modo en el que desde el discurso biomédico se la ubica en el lugar de madre y se da por sentada la continuidad del embarazo. Sin embargo, ella insiste en que esta escena le produce otros sentimientos que no son tenidos en cuenta.

‘Ay, va a nacer para...’, creo que el último era junio, y ellos viendo en mis datos, ‘Ay, va a nacer para tu cumpleaños’ y todo ese tipo de cosas que la gente no se da cuenta lo que está provocando en la persona que lo está recibiendo (Sabrina).

La proyección del nacimiento de ese “bebé” alude a un mundo en el que hay un único destino posible para la mujer embarazada: devenir madre. Ese embarazo bien podría terminarse espontáneamente o en aborto; pero desde la mirada del profesional de la salud, el futuro se vuelve unívoco y lineal. La relación con el tiempo se rigida cuando se promueve una única cronología de vida posible. En una cultura obsesionada con el embarazo y el “feto público” (Haraway, 1997 *apud* Gentile, 2013), la “reprofuturity” produce un tiempo normal (Gentile, 2013) y también construye género, igualando la categoría de mujer a la de madre, como si la maternidad le confiriera normalidad a la mujer (Throsby, 2004 *apud* Gentile, 2013).

En las experiencias de las mujeres que buscan abortar, se expresan distintos factores temporales. El momento de la ecografía cumple la función de mostrar el paso del tiempo, de hacer ver a la mujer gestante el crecimiento del embrión. Este momento también representa la confirmación del embarazo, y desde la mirada del sistema de salud, la asimilación del feto a un “bebé”, y de la mujer a una “futura madre”. El avance de las semanas de gestación supone una amenaza a la decisión, así como un apremio por cumplir con los tiempos biomédicos prescriptos, que corre particularmente en un contexto donde no se tiene de antemano la certeza de la efectividad del aborto. En la imperiosa necesidad de terminar con la incertidumbre, las mujeres se verán obligadas a sortear todo tipo de obstáculos, en una carrera donde la clandestinidad y la soledad aparente impondrán, a su vez, etapas, intervalos, y esperas que no son pasivas.

### Proceso e intervalos

Entendemos el aborto como un proceso que va desde la noticia del embarazo (Petracci *et al.*, 2012) hasta la confirmación de la efectividad del mismo. En nuestro análisis, los procesos de aborto implican intervalos, espacios de tiempo escalonados que transcurren entre las decisiones, las acciones y las inacciones de las mujeres que

abortan. Estas etapas, si bien no implican un rol pasivo, ubican a las mujeres en un lugar de espera: esperar la receta de un/a médico/a, esperar para poder tomar la medicación, esperar la expulsión, esperar la confirmación del aborto. En el marco de un contexto legal restrictivo y de clandestinidad, los discursos sociales en torno al aborto, los vínculos afectivos y los recursos, simbólicos y materiales, con los que las mujeres cuentan modifican los tiempos en las experiencias de aborto.

A partir de nuestras entrevistas, identificamos una secuencia lógica que, si bien no es lineal, y ciertas acciones o decisiones están presentes en diferentes momentos del proceso, supone cierta correlatividad: para continuar con una etapa deben haberse atravesado las anteriores. Esta secuencia está compuesta por los siguientes intervalos: 1) la noticia del embarazo; 2) la toma de la decisión de abortar; 3) la búsqueda de información y el establecimiento de vínculos; 4) la obtención la medicación; 5) la toma de la medicación; y 6) la expulsión y la verificación de que el aborto se completó.

#### Un evatest positivo: la noticia del embarazo

Ante la posibilidad o la confirmación del embarazo, las mujeres entrevistadas relatan escenas de shock y desorientación.

Cuando me enteré, o sea cuando confirmé, fue colapso, se me vino el mundo arriba (Sabrina).

Yo vi el Evatest® y dije ‘¿Y ahora qué carajo hago? [...] Y tenés la palabra aborto como si fuese un crimen. [...] Y te imaginás sangre y... ¡Puaj! El médico ahí, metiéndote un coso. ¡Te lo juro! (Belén).

Estas escenas de shock, miedo y desorientación están marcadas por el contexto legal de penalización, y por los discursos y representaciones sociales sobre el aborto. Las mujeres se encuentran “a la intemperie” (Chaneton & Vacarezza, 2012) ante las imágenes sociales que circulan en torno al aborto. La exposición de sus cuerpos, el dolor y el miedo se asocian a imágenes, como “agujas de tejer”, “raspaje”, “sangre”. Belén entiende que el aborto no es legal en Argentina, dado que se ha instalado una norma informal de la prohibición total (Bergallo, 2014). Sin embargo, cuando piensa en un crimen, no hace referencia exclusivamente a la legislación, sino a cómo es representado el aborto socialmente: como un delito en el que se conjugan el voto moral (Burns, 2005), ligado a la subversión del mandato de maternidad, y el riesgo penal.

#### “Sí o sí te lo vas a sacar”: La toma de decisión de abortar

Si bien la toma de decisión puede ubicarse cronológicamente como el segundo paso del proceso, la misma atraviesa toda la experiencia. Las mujeres que deciden

abortar lo hacen de un modo firme y pertinaz, desde el momento que constatan la existencia del embarazo y hasta asegurarse de haberlo interrumpido. Si bien la penalización, el voto moral y la consiguiente clandestinidad, inciden en cómo las mujeres vivencian el aborto, no son efectivos a la hora de disuadirlas de interrumpir el embarazo (Petracci *et al.*, 2012). Las mujeres toman la decisión y, a pesar del miedo al arrepentimiento, que está presente en los relatos, identifican que era la única decisión posible.

[...] fue algo muy neuronal. Fue sacar cuentas y decir no, no se puede, no, y no es no. [...] Nunca me sentí embarazada, [...] nunca dudé de que no quería ser madre. [...] Bueno, hoy pienso esto y si mañana me arrepiento qué pasa, o sea, lo que se hace no se vuelve atrás [...] Y sin embargo, pensándolo, y analizándolo, y noches sin dormir, [...] sigo pensando que fue la mejor decisión para mí (Sabrina).

Tampoco la imposibilidad de costear los valores que marca el mercado clandestino y el miedo a exponer sus cuerpos, o a que no funcione la medicación, modifican la decisión.

Pero también pensé ‘Quedate tranquila si no funciona [el misoprostol], sí o sí te lo vas a sacar’. Bueno, listo, esto se va a solucionar de cualquier forma. Encima tampoco tenía plata para hacer un legrado (Emilse).

Con la decisión tomada, las mujeres se ven obligadas a buscar información por distintos medios, en un contexto de doble invisibilización del aborto: se oculta la práctica, a la vez que se impide nombrarlo en el discurso. Las mujeres se enfrentan entonces a un contexto de desinformación total sobre las opciones para realizarlo.

### El largo camino de encontrar información

Con la decisión tomada, las mujeres comparten su situación con las personas de su entorno que, en ocasiones, reaccionan negando la decisión, como si el único camino posible fuera llevar a término el embarazo y convertirse en madres.

Hasta mi propia madre [...]. ‘Yo sería feliz siendo abuela’ [...]. Por más que el otro [la pareja] viniera y me sobara la panza [...] llegó hasta a ponerle nombres, a buscar nombres [...]. ‘Y si lo tenés, ponemos una cunita acá [...]’ Todo el tiempo planteándose lo bueno que sería tenerlo (Sabrina).

Estas reacciones de rechazo hacia la decisión de las mujeres también ocurren, como mencionamos, en el ámbito de la salud. “Tené cuidado”, “Pensá bien lo que

te vas a hacer”, son comentarios habituales, así como brindar información errónea sobre el aborto y las “pastillas abortivas”:

[La médica] Me dijo ‘No, mirá, acá no existe pastilla mágica, no hagas lo que te están diciendo las amigas, lo que te están metiendo en la cabeza. [...] Así que no hagas ninguna cosa [...] que no sepas bien’ [...] (Emilse).

En este contexto de cuestionamiento y desinformación, las mujeres desarrollan estrategias para esconder su decisión frente a profesionales de la salud, que aparecen como agentes de la ley.

Yo trataba de ser la persona que... como una más, no llamar la atención, no decirles ningún comentario, no ‘levantar la perdiz’, como se dice. Por lo cual, cada vez que me tenía que hacer una ecografía iba a lugares diferentes [...] (Sabrina).

[...] yo me hice la boluda enfrente de la médica porque a mí me dijeron que cuando uno hace el aborto hay que tener cuidado en ver dónde cae porque te pueden arrestar, [...] te pueden denunciar (Emilse).

El ocultamiento de la decisión de abortar frente a los y las profesionales de la salud responde a una lógica social, en la que el aborto se realiza en secreto. Luc Boltanski (*apud* Pecheny, 2005) describe este fenómeno como una “mala fe social”, en la que el aborto es una práctica reprimida en el discurso, pero ante la que se acuerda “cerrar los ojos” y tolerarla de hecho, incluso en contextos en los que el aborto está permitido por plazos o causales. Se trata de una práctica que no es posible legitimar, pero tampoco es posible eliminar, por lo tanto, “se lo evita”: “se evita practicarlo y, si se lo practica, se evita hacerlo público, asegurarle una representación, o incluso pensarlo.” (Pecheny, 2005:9).

La práctica mercantilizada del aborto en algunos consultorios clandestinos es la imagen extrema de la exclusión del aborto del espacio y del discurso público. Una de las mujeres relata una situación en la que el mismo profesional cubre al aborto de un manto de silencio, oscuridad y sordidez.

[...] fui al contacto que tenía de este médico, que era sórdido, violento, agresivo. [...] Primero te hacen dejar todas las cosas en un *locker*. ¡Turbo! [...] la energía era densa. [...] y después pasás al consultorio del tipo. [...] Le pregunté los métodos con los que trabajaba, no me quiso decir, nada, no me dio información. [...] ‘Martín’ tenía el celular en el bolsillo sin querer, un descuido, [el médico] lo vio, empezó a gritar, llamó a la secretaria, le

empezó a gritar a la secretaria y a maltratarla. Nos empezó a gritar a nosotros. [...] Y, después, me hace con la mano así [gesto de silencio]: ‘De esto no digas nada’ (Belén).

Si bien estos profesionales no buscan amedrentar a las mujeres o disuadirlas de abortar, el efecto de sus prácticas, clandestinas y mercantilizadas, que mantienen el aborto en la sombra y por fuera del espacio público, generan incertidumbre y angustia en las mujeres. Esto produce no sólo desinformación sobre las opciones, sino también el miedo a la exposición de sus cuerpos a lo desconocido y lo peligroso. No saben *qué* les van a hacer, ni las consecuencias que puede tener la práctica sobre su salud y sus proyectos futuros de maternidad.

Este médico que fui, me hizo así [gesto de silencio] ‘Cerrá la boca’ y me despachó. Y ahí me puse a llorar, porque no sabés nada, es como el Triángulo de Las Bermudas [risas] [...] ¡No sabés nada! Sabés lo feo que es no saber, o sea, dónde vas a poner tu cuerpo, qué te va a pasar. [...] No saber si el día de mañana vas a poder tener hijos (Belén).

La imposibilidad de nombrar el aborto en el entorno junto a escenas de persecución y amedrentamiento a las mujeres por parte de profesionales de la salud, las obligan a establecer vínculos con personas que “saben se han practicado un aborto” (entrevista a Sabrina), para tener alguna información sobre la práctica.

Cuando empecé a buscar las pastillas le escribí a todo el círculo de mis amigos. [...] Todo el mundo a mi alrededor sabía que estaba buscando hacerme un aborto. Y entonces todo el mundo buscando pastillas por todos lados, diciendo ‘Alguien que sepa de alguien que pueda conseguir’. Y así fui contactándome con una chica que había abortado. Después una amiga de un amigo que también me contactó, me escribió, me dice ‘Quédate tranquila que todo va a salir bien’ (Emilse).

Este fragmento da cuenta de modos de resolver la desinformación imperante, tejiendo redes, generalmente entre mujeres y a partir de las propias experiencias. En los últimos años, estas alianzas se han transformado en experiencias de organización, donde grupos de mujeres, como Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto o Socorristas en Red, dan información, visibilizan y acompañan a otras mujeres en sus prácticas abortivas. En el siguiente fragmento, Virginia da cuenta del alivio que siente al encontrar un espacio donde no sólo pueda recibir información sino también una respuesta que rompa con el estigma que pesa sobre el aborto.

[...] A las dos horas me he comunicado con las chicas de la consejería [...]. Entonces cuando he sabido que estaban las chicas esas y que me iban a poder ayudar, ya está, ya estaba como re tranquila, era como ir y [...] resolver algo mío. [...] tenía respaldo de alguien que me podía dar una solución, [...] no era alguien que no sabía sino que era gente que estaba preparada para eso y que no solamente te brindaba como ayuda en el sentido físico sino también psicológico [...]. Alguien que me podía ayudar y que no me iba a decir que no y no me iba a decir tampoco que era una mala persona por hacerlo (Virginia).

A medida que las mujeres tejen redes y establecen vínculos para sortear la desinformación imperante, encontrarán no solamente alianzas en espacios de mujeres militantes y en otras mujeres que abortaron, sino también en algunos profesionales de la salud, que marcarán una diferencia en relación a la mirada hegemónica desde el sistema sanitario. El relato de Belén da cuenta de dos modelos de atención: por un lado, el consultorio clandestino anteriormente descripto, que ella encuentra “sórdido” y “denso”, y por otro, un consultorio especializado en salud sexual y reproductiva, y acompañamiento en aborto seguro, con un ambiente “relajado”:

[...] al otro día, fui al consultorio [...]: cuadros con información, folletos, un bol con preservativos, agua mineral para hacerte la ecografía, para tomar líquido, música de fondo, miles de folletos informativos. [...] tienen hasta las *Carilinas*. [...] y el ambiente que se respira es relajado. [...] Venía con este tipo, que me hizo esconder todo, que gritaba, que estaba totalmente hermético, nervioso. [...] Como que yo tuve un antes y un después. [...] Es un alivio que te den información. [...] Yo tengo un Ying-Yang de lo que me pasó a mí. Tenía el médico que fui, [que] representaba el imaginario que yo tenía un poco, y cuando fui al otro consultorio y me dieron toda la información, me demostró lo opuesto, me pasó eso. Viví como dos opuestos de un día para el otro, de un tipo que me quasi amenazó, de que me calle la boca, y después lo otro, que me dijeron ‘No lo dramatices’, o sea, el tipo me cortó la respiración y después me dijeron ‘Exhalá’, ¿entendés? (Belén).

Los testimonios de las mujeres dan cuenta de la transición que acontece hoy en Argentina en torno al aborto, la simultaneidad de registros y de realidades existentes: por una parte, espacios en los que se reproduce la clandestinidad del aborto, y por otra, prácticas y discursos –experiencias de organización y profesionales de la salud que garantizan el acceso a abortos seguros– que habilitan la palabra, rompen el estigma y contribuyen a construir nuevos imaginarios.

### Obtención de la medicación

El aborto con medicamentos ha transformado las posibilidades de abortar en

países cuyo marco legal restringe el acceso a la práctica, al permitir a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, hacerlo de forma segura y a un costo inferior al de un aborto quirúrgico en el mercado clandestino (Zamberlin *et al.*, 2012). Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, el misoprostol ha jugado un “papel trascendental en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro” (FLASOG, 2013). Sin embargo, el uso de esta nueva tecnología, en un contexto de criminalización y acceso restringido, también ha impuesto tiempos y esperas en el proceso. La recomendación de usar la medicación a partir de una determinada semana de gestación, las dificultades para obtener el medicamento, los tiempos entre dosis, la espera de la expulsión del saco gestacional ligada a la incertidumbre sobre si el aborto se completó, imponen nuevas temporalidades a las mujeres que abortan con pastillas.

En el contexto argentino, las mujeres que deciden abortar deben sortear obstáculos relacionados con el costo, la exigencia de una receta médica o la necesidad de recorrer varias farmacias hasta poder adquirir el misoprostol (Ramos *et al.*, 2014):<sup>11</sup>

Me acuerdo que el domingo anterior [...] salí a recorrer farmacias por mi casa, y nadie las vendía. En ese momento estaba sin receta todavía. Pero dije ‘bueno, no importa’. Antes de saber que el médico me iba a dar la receta yo ya estaba paseándome por las farmacias (Emilse).

La búsqueda del medicamento se facilita cuando los y las médicos/as brindan la prescripción médica. El ginecólogo que atendía a Emilse en un consultorio privado no sólo prescribe el medicamento, sino que está presente a lo largo del proceso a través de mails y mensajes.

Me leí todo el pdf y el médico que me dio la receta también me dio el procedimiento. Pero era otra aplicación distinta, mucho más relajado. Una intravaginal y después una oral, cada 8 horas la oral. Y le digo ‘¿Pero estás seguro? Mirá que me leí todo el pdf de las *chicas* y es como mucho más *heavy* lo de ellas’. Me dice ‘No sé, bueno, si querés ponete dos vaginales...’ ‘No mirá, todo bien, serás el mejor ginecólogo pero estas pibas me parece que laburan todo el tiempo con chicas, yo lo voy a hacer como dicen ellas, lo siento mucho’. (Emilse).

<sup>11</sup> En Argentina, el misoprostol se comercializa bajo la marca Oxaprost® del Laboratorio Beta, en dosis de 200 mcg, en combinación con diclofenac, y está aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoidea (ANMAT). Si bien se vende en farmacias, se exige receta médica y el valor comercial es elevado: \$2803 argentinos (aproximadamente USD144) según la ANMAT (valor actualizado al 26/01/2018).

Este fragmento describe nuevas relaciones, en las que las indicaciones clínicas pueden ponerse en cuestión y se valoran saberes y trayectorias por fuera de los espacios médicos tradicionales.

*"Las tenía que tomar lo antes posible y que se termine todo": toma de la medicación*

El quinto intervalo del proceso es la toma de la medicación. El aborto con medicamentos exige de las mujeres ser agentes de sus propios abortos, suministrarse el fármaco, que producirá la expulsión del saco gestacional, y ser partícipes activas de todo el procedimiento. Si bien algunas entrevistadas valoran esta posibilidad por el hecho de poder realizarlo en sus casas, sin someterse a una práctica médica (Entrevistas a Belén, Virginia y Emilse), otras hubieran preferido acceder a un aborto quirúrgico por la rapidez, la efectividad, y por el hecho de “no enterarse de nada” (Entrevista a Sabrina). El aborto con medicamentos aparece entonces como la única opción posible para algunas mujeres, y llega a significar incluso, “una tortura”.

Es espantoso, porque esas pastillas son... tenía que tomar, son de tomar y de ponerse vía vaginal [...]. Y yo me las puse y creo que en la primera noche que me las puse yo no expulsé nunca nada, pero me produjo contracciones, un dolor espantoso y nunca he expulsado la bolsa, así que estuve como creo que son cuatro días, yo no sé si alcancé a durar una semana torturándome, porque era una tortura, o sea, los dolores y la angustia [...] (Fernanda).

Como en otra investigación llevada a cabo en Argentina (Ramos *et al.*, 2014), aquellas que eligen utilizar el misoprostol rescatan sobre todo la autonomía, pero también relatan esperas adicionales y el temor a que un error suponga la no efectividad del procedimiento. Los tiempos ideales para la toma de la medicación, así como las indicaciones de intervalos entre las dosis, se basan en criterios clínicos que se imponen necesarios para aumentar la efectividad del tratamiento y reducir los posibles riesgos. Aparecen entonces dos registros temporales: el macrotiempo, establecido por las guías médicas y manuales feministas, y el microtiempo, la vivencia subjetiva de cada mujer durante el proceso de aborto. El testimonio de Sabrina, quien tuvo que esperar dos semanas “eternas” desde la ecografía hasta que se realizó el tratamiento con las pastillas, da cuenta de estos diferentes registros temporales:

Tenía que esperar porque las pastillas no me las podía poner antes de determinado tiempo de gestación, eso se me hizo eterno (Sabrina).

Las mujeres describen la toma de la medicación haciendo alusión al tiempo entre las dosis, que aparece como uno de los elementos que genera temor a equivocarse:

[...] Tenía que tomarme doce pastillas y tenía que tomarme cuatro cada tres horas [...] A mí una de las chicas me ha explicado que tenían que ser tres horas justas y ni un minuto más, ni un minuto menos, tenía que tomar la otra. Para eso ponía el reloj en el teléfono y estaba por ahí viendo la tele, y ya y 58' tenía las pastillas preparadas, y a la hora que me tocaba lo hacía. El tema de los tiempos, eso era complicado porque tenía miedo de hacerlo mal [...] (Virginia).

La situación que describe Virginia está impregnada por el tiempo, que aparece en la escena a través del teléfono, con el cronómetro, las pastillas preparadas junto al vaso de agua, y la ansiedad de que algo suceda. Ella ordena los libros, mira una película o juega con la *Play Station* (entrevista a Virginia), para no acostarse, que no se le pase la hora de la siguiente dosis y no padecer la espera.

[...] después me he puesto jugar a la *Play Station* porque no sabía qué hacer, estaba aburrida [...] ha sido como un día de mucha espera, mucha ansiedad. Estaba muy ansiosa, todo el tiempo iba y venía al baño. 'Ay, no, no me viene nada todavía... no, voy a esperar' [...] Quería estar despierta, sentada, y ponele antes de seguir viendo el cronómetro y de acuerdo el tiempo, preparar las pastillas, el agua, y así, pero no dormirme y hasta que voy a buscar las pastillas, hasta que voy a tomar un vaso de agua, pierdo el tiempo, estaba muy perseguida con el tiempo [riéndose]. Como me he tomado muy en serio esto de que no tiene que pasar ni un minuto, así, no ha pasado ni un minuto, creo que por eso también habrá salido bien, porque estaba siguiendo todo como me han dicho (Virginia).

La disponibilidad del misoprostol en Argentina, en un contexto de clandestinidad, habilita vivencias contradictorias. Para algunas mujeres, la disponibilidad del fármaco será el medio que las dotará de autonomía para realizarse el aborto de manera segura teniendo control sobre cada detalle de la situación. Para otras, el misoprostol será la única herramienta posible, a la que tendrán que exponer sus cuerpos para poder llevar a cabo la interrupción, por sugerencia médica o por no contar con el dinero necesario para una intervención quirúrgica clandestina.

*"Esa noche algo iba a pasar"*: la expulsión y la verificación de que el aborto se produjo

Durante la toma de la medicación, las mujeres refieren episodios de ansie-

dad debido a la espera de expulsión del saco gestacional, que permitirá verificar que el aborto se produjo. Esto genera expectativas e incertidumbre: “Yo hice todo el proceso de tomar las pastillas, [...] sabiendo que esa noche *algo* iba a pasar” (Sabrina).

La expulsión del saco gestacional, al igual que el resto del proceso, es vivida por las mujeres de formas muy diversas. Para Sabrina, la expulsión fue un “cachetazo de la realidad”, un escenario con el que ella sola debía lidiar porque había decidido abortar:

Cuando yo vi que el feto estaba flotando en el agua, lo agarré, lo tiré en el inodoro, tiré el agua, que se fuera. No quise que lo viera nadie, o sea, toda la parte de sangre, todo ese tipo de cosas, la pasé sola [...] tener el feto en la mano es algo que no te olvidás más [...] fue como un cachetazo de la realidad. Eso fue, fue como ‘Okey, vos lo querés abortar, ahí lo tenés, tiralo vos en el inodoro’. Y lo hice, porque ya estaba en el baile y había que bailar, ¿qué voy a hacer, me voy a poner a llorar? (Sabrina).

Las vivencias de la expulsión están tan influidas por las imágenes sociales del aborto como las otras etapas del proceso. Sabrina humaniza el contenido del saco gestacional y eso es lo que hace insopportable “verlo”, “abortarlo”, “tirarlo”; pero su experiencia se opone al “no sentirse mal” de Virginia. A pesar de la heterogeneidad de vivencias, tanto Sabrina como Virginia, y el resto de las entrevistadas, perciben con alivio el fin del proceso, el confirmar que el aborto fue exitoso.

Como que te daba impresión cuando veías, pero después, digo, cuando me ha pasado eso, estaba re aliviada. Después le digo a mi novio ‘Ya está todo bien, ya tenemos un problema menos’. Así que estaba muy contenta (Virginia)

El alivio que describe Virginia se contrapone a cómo las entrevistadas describen las etapas previas, en las que identifican preocupación, ansiedad y temor, que generan una ruptura con la vida cotidiana. En la medida que el embarazo y el deseo de interrumpirlo impregnán todos los ámbitos de la vida, el tiempo que transcurre no es medido en horas, días o semanas, sino a través de un “reloj interno”, un microtiempo, que ralentiza y hace más largo el proceso. Las percepciones del tiempo y de las esperas en torno al aborto se ven desdibujadas por cómo es vivida la experiencia. Los nervios, el insomnio, el miedo a exponer el cuerpo, la necesidad de terminar con aquello que se produce en sus cuerpos, hacen del proceso, los tiempos y las esperas que éste implica, algo arduo y eterno.

En el [hospital] estuve cinco horas. Me quería matar, lloraba ya ahí. [...] El reloj mío era muy interno, yo sentía que la espera era eterna, cinco horas en el [hospital] eran eternas, los días de la semana eran eternos, me duraban horas porque no dormía, entonces los días eran eternos, estaba mal dormida, estaba nerviosa, tenía como una cosa interna, psicológica, que se te hace muy ardua, muy larga, no termina más, eso es lo que te pasa. Yo no te puedo decir ni en cifras cuánto duró, cuánto no duró porque para mí fue eterno (Belén).

De manera retrospectiva, los testimonios de las mujeres describen el proceso como una ruptura con la cotidianeidad, en la que el aborto aparece como un paréntesis que pone en suspenso otras actividades y proyectos. La certeza de haber interrumpido el embarazo otorga a las mujeres la posibilidad de cerrar el paréntesis y retomar el curso de sus proyectos de vida. Al romper con la norma de la “reprofuturity” donde “mujer” equivale a “futura madre”, las mujeres que abortan –al igual que aquellas que deciden interrumpir los tratamientos de reproducción asistida, luego de someterse a un proceso arduo de biomedicalización y ser catalogadas de “todavía no madres” (Gentile, 2013)– transgreden y transforman esa temporalidad lineal y abren un espacio para transitar futuros múltiples no sobredeterminados.

### A modo de cierre

Cuando una mujer no desea continuar un embarazo, la necesidad de interrumpirlo se vuelve apremiante. En un contexto de penalización legal y social, el camino no es sencillo, y a pesar de la urgencia de la decisión, el proceso se verá regulado por una serie de esperas y etapas sucesivas. Al analizar la articulación entre procesos de aborto y la espera, como mecanismo de poder en las experiencias de las mujeres, encontramos diversas lógicas que operan como reguladoras de esta temporalidad.

A pesar de la firmeza de las mujeres para sostener su decisión, el mandato de maternidad obligatoria y la “reprofuturity” buscarán disuadirlas y marcarán modos y tiempos en el aborto. El pasaje por el sistema de salud y la realización de la ecografía, que exponen a las mujeres a los discursos de los y las profesionales de la salud, las ubican en el lugar de madres y representan al embrión como a un hijo en crecimiento. No es casual, entonces, que las propias mujeres expresen ansiedad por realizar la práctica, en tanto un avance del tiempo de gestación podría dar lugar a poner en duda la decisión, o aumentar los riesgos de la misma.

El apremio por interrumpirlo también está marcado por discursos y criterios clínicos sobre el aborto. El uso del misoprostol en un contexto de clandestinidad

(dificultades para su acceso, falta de información sobre su uso, temor al error y a la no efectividad) incorpora un aspecto adicional a los tiempos ideales, dado que en ocasiones puede exigir a las mujeres nuevas esperas.

La regulación del proceso de aborto no establece solamente cuándo debe hacerse la interrupción del embarazo, sino cómo. En un contexto de clandestinidad, la ausencia del Estado, para regular y garantizar el acceso a la práctica y a los métodos abortivos, genera desamparo. La desinformación, los riesgos, el miedo a exponer el propio cuerpo, la soledad, la circulación de imágenes desoladoras, son efectos de una matriz que busca mantener el aborto en las sombras, centrada en el estigma y en el tabú social que pesan sobre la práctica. En este sentido, los intervalos y etapas que identificamos a lo largo del proceso deben entenderse como efectos de regulaciones sociales que se encuentran en transición.

La disponibilidad del misoprostol en Argentina y la información que circula por Internet han modificado las prácticas abortivas y han posibilitado el acceso a un aborto seguro. Sin embargo, el aborto con medicamentos exige de las mujeres conciencia plena y percepción del proceso, que para algunas de ellas significará un padecimiento. Asimismo, encontramos una serie de etapas, secuenciadas y superpuestas, que regulan temporalmente el proceso: tomar la decisión, buscar información, conseguir la medicación, utilizarla (con sus respectivos intervalos), confirmar la expulsión y reconfirmarla mediante una ecografía. Abortar en un contexto de legalidad restrictiva exige romper el secreto al que es confinado el aborto, en principio, para conocer cuáles son los métodos posibles y cómo acceder a ellos; pero también impone una incertidumbre, la de seguir la secuencia sin saber cuándo ni cómo se terminará exitosamente el proceso.

Los testimonios de las mujeres permiten un cambio en el signo socialmente asignado al aborto, dado que diversos actores construirán, junto a ellas, espacios de diálogo donde la interrupción del embarazo pueda ser abordada fuera del ámbito del secreto. La disponibilidad del misoprostol, y la existencia de espacios, de información y asesoramiento, de organizaciones militantes y profesionales de la salud, forman parte de un escenario de transición en el que los nuevos sentidos construidos autorizan experiencias de otro signo, donde, a pesar de la vigencia del estigma y la clandestinidad, y de la imposición de tiempos reproductivos lineales, las mujeres se mantienen firmes en su decisión, logran atravesar el proceso y recuperar una multiplicidad de futuros posibles.

Enviado: 13/10/2016

Aceptado para publicación: 27/11/2017

## Referencias bibliográficas

- ACUÑA, C. H., & CHUDNOVSKY, M. 2002. "El sistema de salud en Argentina". [online] Available at: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>. Accessed on: 15/01/2018
- ANMAT (26.01.2017) Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, Vademecum Nacional de Medicamento. [online] Available at: <http://www.anmat.gov.ar/>. Accessed on: 26/01/2017.
- ARAUJO DOS SANTOS, D. L., & DE BRITO, R. S. 2014. "Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres". *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 24, nº 4, p.1293-1313.
- AUYERO, J. 2013. *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Ed. Eudeba.
- BAJOS, N., & FERRAND, M. (Eds.) 2002. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- BERGALLO, P. 2014. "The struggle against informal rules on abortion in Argentina". In: COOK, R., ERDMAN, J. & DICKENS, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BESSIN, M., & GAUDART, C. 2009. "Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre?". *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*. N° 9.
- BESSIN, M. 2014. "Présences sociales: une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care". *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*. N° 20.
- BEYNON-JONES, S. M. 2015. "Re-visioning ultrasound through women's accounts of pre-abortion care in England". *Gender & Society*. Vol. 29, nº 5, p. 694-715.
- BEYNON-JONES, S. M. 2017. "Gestating times: women's accounts of the temporalities of pregnancies that end in abortion in England". *Sociology of health & illness*. Vol. 39, nº 6, p. 832-846.
- BOHÓRQUEZ MONSALVE, V. 2015. "Normativas y aborto. De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe". In: RAMOS, S. (coord.). *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. CLACAI. [online] Available at: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/661/Inv-aborto-ALyC-web.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Accessed on: 16/01/2018.
- BORSARI, C. M. G., NOMURA, R. M. Y., BENUTE, G. R. G., LUCIA, M. C. S. D., FRANCISCO, R. P. V., & ZUGAIB, M. 2013. "Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos". *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 35, nº 1, p. 27-32.
- BURNS, G. 2005. *The moral veto: framing contraception, abortion, and cultural pluralism in the United States*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BURTON, J. 2017. "De la comisión al socorro: trazos de militancia feminista por el dere-

- cho al aborto en Argentina”. *Descentralizada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género.* Vol. 1, nº 2.
- BURTON, J., & PERALTA, G. 2016. “Redes en torno al aborto clandestino: vínculos de socorristas y sistema de salud en Neuquén, Argentina”. *Clivajes. Revista de Ciencias Sociales.* Vol. 6, nº 159.
- CERVIO, A.L. & D'HERS, V. 2014 “Social time, bodies and the ‘Logic of waiting’” in the configuration of urban sensibilities”. *Current Urban Studies.* N° 2, p.49-56.
- CHANETON, J. & VACAREZZA, N. 2012. *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones.* Buenos Aires: Marea Editorial.
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN. 2012. Fallo F, A. L., F259 XLVI. [online] Available at: <http://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>. Accessed on: 13/10/2016.
- DE ZORDO, S. 2016. “The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* Vol. 23, nº 1, p.19-36.
- DINIZ, D., & CASTRO, R. 2011. “O comércio de medicamentos gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres”. *Cadernos de Saúde Pública.* Vol. 27, nº 1, p. 94 –102.
- DINIZ, D. & MADEIRO, A. 2012. “Itinerários e métodos do aborto ilegal en cinco capitais brasileiras”, *Ciência e Saude Colectiva*, Río de Janeiro. Vol. 17, nº 7.
- DROVETTA, R. I. 2014. “Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe”, en Carosio, A. (coord.), *Feminismos para un cambio civilizatorio*. Caracas: CLACSO.
- DROVETTA, R. I. 2015a. “Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina”, *Derechos sexuales y aborto en América Latina.* Vol. 23, nº 45, p. 124.
- DROVETTA, R. I. 2015b. “Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America”, *Reproductive health matters.* Vol. 23, nº 45, p. 47-57.
- FERNÁNDEZ, S. 2015. “‘Travelling ideas’ en el Río de la Plata: la introducción del modelo uruguayo de reducción de daños y riesgos frente al aborto provocado en condiciones de riesgo en Argentina”, presentado en *X Jornadas de Sociología UBA*, Buenos Aires, julio.
- FLASOG. 2013. *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología.* 3<sup>a</sup> ed. Santiago de Cali: Tecnoquímicas S.A.
- FRANKLIN, S. 1995. “Postmodern procreation: A cultural account of assisted reproduction”. *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*, p. 323-45.
- GENTILE, K. 2013. “The business of being made: Exploring the production of temporalities in Assisted Reproductive Technologies”. *Studies in Gender and Sexuality.* Vol. 14, nº 4, p. 255-276.

- GENTILE, K. 2015. "Using Queer and Psychoanalytic Times to Explore the Troubling Temporalities of Fetal Personhood". *Studies in Gender and Sexuality*. Vol. 16, nº 1, p. 33-39.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. 2015. "Mujeres y aborto". In: RAMOS, S. (coord.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, CLACAI. [online] Available at: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/661/Inv-aborto-ALyC-web.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Accessed on: 16/01/2018.
- LÓPEZ GÓMEZ, A., & BERRO, E. C. 2010. "Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres: resultados de una investigación cualitativa en Uruguay". *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. Nº 5, p. 127-164.
- MARIO, S. & PANTELIDES, A. 2009. "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina". *CEPAL, Notas de Población*. N° 87, p. 95-120.
- NONNENMACHER, D., BENUTE, G. R. G., NOMURA, R. M. Y., AZEVEDO, G. D. D., DUTRA, E. M. D. S., REBOUÇAS, M. S. S. & FRANCISCO, R. P. V. 2014. "Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities". *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 60, nº 4, p. 327-334.
- OMS. 2012. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2<sup>a</sup> ed. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.
- PAIVA, V. 2012. "Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos". In: PAIVA, V., AYRES, J. R. & BUCHALLA, C.M. (ed.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e promoção da saúde / Livro I: Da doença à cidadania*. p.165-208. Curitiba: Juruá Editora.
- PANTELIDES, E., RAMOS, S., ROMERO, M., FERNANDEZ, S., GAUDIO, M., GIANINI, C., & MANZELLI, H. 2007. "Morbilidad materna severa en la Argentina. Trayectorias de las mujeres internadas por complicaciones de aborto y calidad de la atención recibida". CLACAI. [online] Available at: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/79/6844.pdf?sequence=1>. Accessed on: 25/01/2018
- PECHENY, M. 2005. "Yo no soy progre, soy peronista": ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?". [online] Available at: [www.ciudadaniasexual.org](http://www.ciudadaniasexual.org). Accessed on: 13/10/2016.
- PETCHESKY, R. P. 1984. *Abortion and woman's choice: the state, sexuality, and reproductive freedom*. New York: Longman.
- PETRACCI, M., PECHENY, M., MATTIOLI, M., & CAPRIATI, A. 2008. "Varones, aborto y trayectorias socioafectivas de mujeres y varones de Buenos Aires". *III Colloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades: Masculinidades y multiculturalismos. Perspectivas críticas*. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 3-5.
- PETRACCI, M., PECHENY, M., MATTIOLI, M., & CAPRIATI, A. 2012. "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires". *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*. N° 12, p. 164-197.

- PURCELL, C., CAMERON, S., LAWTON, J., GLASIER, A., & HARDEN, J. 2017. "Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 124, nº 13, p. 2001-2008.
- RAMON MICHEL, A., RAMOS, S. & ROMERO, M. 2012. "Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol", *Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, CEDES*, [online] Available at: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/325.pdf> Accessed on: 13/10/2016.
- RAMÓN MICHEL, A. 2011. "El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible". In: BERGALLO, P. (comp.) *Aborto y Justicia Reproductiva*, Buenos Aires: Editores del Puerto.
- RAMOS, S., GOGNA, M., PETRACCI, M., ROMERO, M., & SZULIK, D. 2001. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- RAMOS, S., ROMERO, M., & AIZENBERG, L. 2014. "Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina". *Reproductive Health Matters*. Vol. 22, sup44, p. 4-15.
- SANTARELLI, M. N., & ANZORENA, C. C. 2017. "Los socorridos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario: Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico". *Descentralizada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género*. Vol. 1, nº 1.
- SAUTUR, BONILO P., DALLE P. & ELBERT R. 2005. *Manual de metodología*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- SCRIBANO, A. 2010. "Primero hay que saber sufrir...!!! Hacia una sociología de la 'espera' como mecanismo de soportabilidad social". In: SCRIBANO, A. & LISDERO, P. (ed.), *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*. p. 169-192. Córdoba: CEA-CONICET.
- SZWARC, L. 2014 "¿Reducir los riesgos del aborto clandestino o popularizar el aborto seguro? Tensiones y controversias en las consejerías pre y post aborto", presentado en *V Coloquio Internacional Interdisciplinario: Educación, Sexualidades y Relaciones de Género*. Facultad de ciencias políticas y sociales, Universidad Nacional de Cuyo. 11 al 13 de junio de 2014.
- ZAMBERLIN, N., ROMERO, M. & RAMOS, S. 2012. "Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted". *Reproductive Health*, 9:34.
- ZURBRIGGEN, R. 2017. "Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: proceso de registro y disponibilidad, Lima, CLACAI". [online] Available at: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1000/Mifepristona%20y%20misoprostol%20en%20seis%20paises%20de%20America%20Latina.%20CLACAI%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accessed on: 28/12/2017.