

# SOPORTE COMUNITARIO A LA AUTOGESTIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA



*Métodos, impacto sanitario y económico e interacciones con el sistema de salud*

**Gabriela Luchetti**

*Dirección / Coordinación  
2023*



# **SOPORTE COMUNITARIO A LA AUTOGESTIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA**

*Métodos, impacto sanitario y económico  
e interacciones con el sistema de salud*

## **Dirección/Coordinación**

Gabriela María Luchetti

## **Autores y autoras**

Gabriela María Luchetti, Santiago Hasdeu, Valeria Albardonado,  
María Victoria Alfonso y Laura Lamfre

## **Colaboradores y colaboradoras**

Guadalupe Montero, Gonzalo Soto, Luciana Hita, Ernesto Ruiz  
y Trilce Reyes Bartoliche

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA a proyectos de Investigación 2019-2020, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.

Declaración de conflictos de interés: los miembros del equipo firmaron una declaración de conflictos de interés que consta en los archivos de la CAIBSH de la provincia de Neuquén.

Lugar y fecha: Neuquén, 6 de agosto de 2020

**Soporte comunitario a la autogestión del aborto en Argentina: métodos, impacto sanitario y económico e interacciones con el sistema de salud /**

Gabriela María Luchetti ... [et al.];

Coordinación general de Gabriela María Luchetti; Director Gabriela María Luchetti. -1a ed- Neuquén: EDUCO-Universidad Nacional del Comahue. Editorial Universitaria del Comahue, 2025.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-604-654-1

1. Salud. 2. Comunidades. 3. Aborto. I. Luchetti, Gabriela María II. Luchetti, Gabriela María , coord. III. Luchetti, Gabriela María , dir.  
CDD 342.084

**Universidad Nacional del Comahue**

Rectora: Beatriz Gentile

Secretario de Extensión: Damián Canelo

**Editorial EDUCO**

Director: Enzo Dante Canale

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

©2025 – EDUCO- Editorial de la Universidad Nacional del Comahue

Buenos Aires 1400 – (8300) Neuquén – Argentina

# Índice

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Presentación                                                                                     | 6  |
| 2. Introducción                                                                                     | 9  |
| 2.1 El problema. Puntos clave                                                                       | 9  |
| 2.2 Justificación                                                                                   | 10 |
| 2.3 Marco teórico                                                                                   | 10 |
| 2.4 Aborto inseguro en la Argentina                                                                 | 12 |
| 2.5 Argentina: historia y contexto                                                                  | 13 |
| 2.6 Práctica del aborto inducido e inseguro y políticas públicas                                    | 14 |
| 2.7 Aborto con medicamentos                                                                         | 15 |
| 2.8 Las organizaciones de la comunidad y el soporte para la autogestión del aborto con medicamentos | 17 |
| 3. Materiales y métodos                                                                             | 20 |
| 3.1 Propósito                                                                                       | 20 |
| 3.2 Objetivo general                                                                                | 20 |
| 3.3 Objetivos específicos                                                                           | 20 |
| 3.4 Preguntas de la investigación                                                                   | 21 |
| 3.5 Tipo de estudio                                                                                 | 21 |
| 3.6 Población                                                                                       | 22 |
| 3.7 Muestra, variables o categoría de interés. Recopilación de datos                                | 22 |

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.7.1 Organizaciones de la comunidad                                                           | 22 |
| 3.7.1.1 Entrevistas semiestructuradas                                                          | 22 |
| 3.7.1.2 Entrevistas en profundidad                                                             | 23 |
| 3.7.2. Profesionales de la salud                                                               | 23 |
| 3.7.2.1 Encuesta autoadministrada o en línea<br>(instrumento C)                                | 23 |
| 3.7.3 Evaluación económica                                                                     | 24 |
| 3.7.4 Análisis de los datos                                                                    | 25 |
| 3.7.5 Triangulación de los datos                                                               | 26 |
| 4. Resultados (incluidos tablas y gráficos)                                                    | 27 |
| 4.1 Resultados organizaciones de la comunidad                                                  | 28 |
| 4.1.1. Resultados de entrevistas en profundidad                                                | 28 |
| 4.1.1.1 El inicio de una colectiva feminista patagónica<br>y sus ideas fundantes               | 28 |
| 4.1.1.2 Hitos                                                                                  | 29 |
| 4.1.1.3 Socorro Rosa                                                                           | 31 |
| 4.1.1.4 La red                                                                                 | 35 |
| 4.1.1.5 El sistema de salud                                                                    | 37 |
| 4.1.1.6 El rol del socorrismo en la Ley de Acceso<br>a la Interrupción Voluntaria del Embarazo | 43 |
| 4.1.2 Entrevistas semiestructuradas a activistas socorristas                                   | 48 |
| 4.1.2.1 Descripción y análisis de los principales hallazgos                                    | 49 |
| 4.1.2.2 Motivaciones para sumarse a realizar la tarea                                          | 49 |
| 4.1.2.3 Descripción de la tarea                                                                | 53 |
| 4.1.2.4 La llamada                                                                             | 54 |
| 4.1.2.5 ¿Como se sienten las socorristas<br>en ese primer contacto?                            | 57 |
| 4.1.2.6 El taller                                                                              | 62 |
| 4.1.2.7 Información brindada en los talleres                                                   | 66 |
| 4.1.2.8 El folleto                                                                             | 71 |

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1.2.9 El acompañamiento                                                    | 72  |
| 4.1.2.10 El posaborto                                                        | 74  |
| 4.1.2.11 Relación con el sistema público de salud                            | 75  |
| 4.1.2.12 Relación con el sistema privado de salud y de obras sociales        | 85  |
| 4.1.2.13 Percepciones, sentimientos y satisfacción con la tarea que realizan | 89  |
| 4.1.2.14 La pandemia                                                         | 92  |
| 4.1.2.15 La Protocola                                                        | 97  |
| 4.2 Resultados de las encuestas a profesionales de la salud                  | 98  |
| 4.2.1 Encuesta a profesionales                                               | 98  |
| 4.2.2 Métodos                                                                | 99  |
| 4.2.3 Resultados                                                             | 101 |
| 4.2.4. Resultados ginecoobstetras y obstétricas                              | 101 |
| 4.2.5 Resultados médicos y médicas generalistas                              | 103 |
| 4.2.6 Discusión                                                              | 105 |
| 4.3 Resultados del impacto económico de la acción socorrista                 | 109 |
| 4.3.1 Metodología                                                            | 109 |
| 4.3.2 Resultados                                                             | 111 |
| 5. Discusión                                                                 | 117 |
| 6. Relevancia para la salud pública                                          | 125 |
| 7. Agradecimientos                                                           | 128 |
| Referencias bibliográficas                                                   | 129 |

# 1

## Presentación

El documento que aquí presentamos reúne los resultados y es el informe final de un estudio realizado –con financiamiento de Salud Investiga, del Ministerio de Salud de la Nación– a partir de fines de 2019 y en el transcurso de 2020 y 2021. El estudio se llevó a cabo con el objetivo de caracterizar la experiencia de las organizaciones de mujeres que facilitan el acceso al aborto y evaluar su impacto en términos simbólicos, sanitarios y económicos.

En la Argentina, las organizaciones de la comunidad que llevan adelante esta tarea están representadas, casi exclusivamente, por las Socorristas en Red. Este movimiento, que hoy está presente en todo el país, nació en Neuquén de la mano de la agrupación feminista La Revuelta. Tiene sentido y fuerza, entonces, la idea de que quienes nos propusimos caracterizar esta experiencia también seamos parte del mismo territorio y que, en algunos casos, hayamos compartido una parte de su historia.

Aunque la experiencia ha trascendido ya la escena nacional y es estudiada y reivindicada desde los activismos y la academia en el plano internacional, algunos de los aportes plasmados aquí no habían sido descriptos y valorados antes.

Las preguntas que nos hicimos e intentamos responder en este estudio fueron:

¿Cómo son y cuáles son los métodos de las organizaciones de mujeres que facilitan el acceso al aborto a otras mujeres y personas gestantes? ¿Cuál es su historia y cómo son sus procesos de crecimiento? ¿Cómo son las interacciones con los sistemas de salud público y privado? ¿Cuál es el impacto sanitario y económico de su accionar? ¿Funciona el dispositivo como facilitador del acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)?

La metodología incluyó entrevistas a socorristas y a líderes de La Revuelta, así como también una encuesta a médicos, médicas y obstétricas y una evaluación del impacto presupuestario del accionar socorrista.

El equipo de investigación estuvo integrado por nueve profesionales de distintas disciplinas; participaron seis médicos de distintas especialidades (tres médicos clínicos, un médico residente de terapia intensiva y dos médicas ginecólogas), dos comunicadoras sociales y una economista. La mayoría de los integrantes son docentes o no docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue, y además trabajan o trabajaron en el sistema de salud de la provincia de Neuquén.

El estudio estuvo fuertemente atravesado por dos situaciones contextuales que determinaron cambios importantes. En primer lugar, la pandemia de covid-19 y el aislamiento social preventivo obligatorio, que en la Argentina se prolongó por siete meses, afectó a todos los investigadores e investigadoras, así como a las investigaciones a nivel global en todos los campos. En nuestro caso, produjo cambios en el cronograma de la investigación, y obligó a modificar las técnicas de recolección de datos. Además, todos los médicos y médicas del equipo fueron afectados a la atención de la pandemia, ya sea porque esta era su responsabilidad laboral primaria o porque participaron voluntariamente de la atención por telemedicina. El otro evento contextual fue la legalización del aborto en la Argentina, en diciembre de 2020, que hace específicamente al objeto de esta investigación.

En la lectura habrá que tener en cuenta que en la Introducción y en los Objetivos del presente trabajo hacemos referencia a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) dado que, al momento del inicio del estudio, era el aborto permitido en la Argentina. Cabe señalar que la ILE solo podía llevarse a cabo de acuerdo con las excepciones que el Código Penal contemplaba entonces: aquellos casos en los que hubiera un peligro para la salud o la vida de la persona gestante o en los casos de violación. En este sentido, también hacemos referencia a que el nacimiento y la razón de ser de estas organizaciones tienen relación directa con las restricciones legales para realizar abortos, y son una forma de activismo que contribuye a un mejor acceso y una mayor seguridad en las interrupciones del embarazo.

Cuando se produjo la legalización del aborto ya habíamos finalizado el trabajo de campo; no obstante, habíamos incluido en la guía de entrevistas una pregunta que consideraba esta situación y los posibles cambios que podría conllevar para la actividad socorrista. Ambos aspectos han sido tenidos en cuenta en la discusión y las conclusiones del presente trabajo. Estas experiencias y modelos de facilitación de la autogestión del aborto en el mundo son un tema recientemente abordado por la literatura médica y, en este momento, forman parte de la conversación social sobre el acceso al aborto, que incluye preguntas sobre quiénes componen estas organizaciones, cuáles son sus métodos y cuál es su impacto sociosanitario.

Los hallazgos de este estudio aportan a esta conversación una descripción y una caracterización en profundidad de una experiencia comunitaria y colectiva del activismo feminista argentino, de las personas que lo componen, de sus motivaciones, de sus singulares y creativos métodos y de sus relaciones con la comunidad y con los sistemas de salud. A su vez, se agregan, con el fin de enriquecer el análisis, las opiniones de médicos y médicas ginecólogos y generalistas, así como un estudio sobre el impacto que la tarea socorrista tiene sobre los presupuestos del sistema de salud.

# 2

## Introducción

### 2.1 El problema. Puntos clave

El aborto inducido e inseguro es un problema altamente prevalente, inequitativo, injusto y evitable, y un grave problema de salud pública en muchos países, sobre todo en aquellos que, como la Argentina, tenían restricciones no solo legales sino también simbólicas e institucionales.

En la Argentina el aborto fue legal por causales desde 1921 (violación y riesgo para la vida y la salud). Sin embargo, aun para las excepciones contempladas en el Código Penal, el aborto ha ocurrido históricamente en el circuito clandestino y de forma insegura.

Se estima que en nuestro país ocurrían entre 370.000 y 520.000 abortos clandestinos por año (Mario y Pantelides, 2009).

La mortalidad por aborto inseguro fue la primera causa individual de muerte materna durante muchos años. La morbilidad se deja ver en las 49.000 hospitalizaciones por año provocadas por complicaciones de abortos inducidos (DEIS, 2014).

La existencia y la disponibilidad del aborto con medicamentos, con misoprostol, en contextos de difícil acceso como el argentino ha transformado las prácticas, permitiendo abortar por fuera del sistema de salud en forma segura.

En el año 2010, en Neuquén, la colectiva<sup>1</sup> feminista La Revuelta inició una línea telefónica de ayuda para mujeres y personas gestantes que deseaban abortar, con el propósito de proveer información y acompañamiento para hacer más seguro el proceso de autogestión del aborto con medicamentos. En el año 2014 esta experiencia se extendió a todo el país con el nombre de Socorristas en Red (SenRed).

## 2.2 Justificación

El conocimiento y la caracterización de las organizaciones de la comunidad que informan y acompañan a las personas gestantes en sus abortos, en todos los contextos, contribuirán a la conversación existente en el mundo desde la aparición del aborto con medicamentos acerca de los distintos proveedores no médicos para estas circunstancias, y contribuirán al aprendizaje de prácticas e interacciones virtuosas entre la comunidad y los sistemas de salud.

## 2.3 Marco teórico

El aborto inseguro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (Guía OMS, 2012).

---

<sup>1</sup> Versión en femenino de “colectivo”, tal como la nombran sus integrantes, en referencia a un grupo de personas unidas por lazos profesionales, laborales, ideológicos, culturales, etcétera.

La difusión y la práctica del aborto con medicamentos pone en cuestión la definición de aborto inseguro, sobre todo con relación a “quiénes” pueden proveerlo, por lo que ha sido revisada y modificada. La nueva definición sigue la original, pero divide el aborto inseguro en menos seguro e inseguro, según el tipo de proveedor y su capacitación (Ganatra *et al.*, 2017).

Cada año ocurren 21,6 millones de abortos inseguros en el mundo, principalmente en los países en desarrollo, con un resultado de 47.000 muertes y cinco millones de mujeres y personas gestantes con secuelas en su salud; esto representa aproximadamente el 13% de todas las muertes maternas en todo el mundo. La cifra estimada para América Latina es de 4,2 millones de abortos inseguros por año (Sedgh *et al.*, 2016).

Las restricciones legales para hacerlo bajo condiciones adecuadas hacen que los abortos se realicen en la clandestinidad y, en este campo, solo las mujeres y personas gestantes que pueden pagar la práctica acceden a un aborto seguro.

La generalización del uso de medicamentos para interrumpir el embarazo ha mejorado el acceso a abortos seguros autoinducidos o con apoyo de proveedores no médicos, por lo que ya no es tan preciso calificar un aborto como inseguro únicamente por el tipo de proveedor o por el medioambiente en que se realiza (Calvert *et al.*, 2018).

Asegurar el bienestar de una persona embarazada que está cursando un aborto requiere mucho más que un operador calificado y un procedimiento médicamente apropiado y seguro. Un aborto es también seguro si no conlleva el riesgo de recibir cualquier tipo de sanción o de estigmatización, ya que ambas cosas producen estrés y aislamiento social y atentan contra el acceso a los servicios (Sedgh *et al.*, 2016).

Por lo tanto, para una atención de calidad debe existir una gradación que no solo contemple el proceso de quiénes, con qué y dónde se produce la atención, sino también el clima legal y social en el que esto ocurre (Starrs *et al.*, 2018).

Las complicaciones mayores que requieren hospitalización, transfusiones o cirugías son menos frecuentes, debido al incremento de la autoinducción del aborto con medicamentos y la participación de organizaciones de la comunidad en los procesos de provisión de medicación, consejería y acompañamiento (Moseson *et al.*, 2020).

El acceso universal a la anticoncepción moderna puede reducir, pero no eliminar, la necesidad del aborto. La legalización de la práctica es un paso necesario pero insuficiente; el aborto, no solo debe ser legal, sino accesible sin restricciones (Grimes, 2006; Faundez, 2010).

## 2.4 Aborto inseguro en la Argentina

La práctica clandestina del aborto en la Argentina está muy extendida. El número estimado y publicado de abortos en nuestro país es de entre 370.000 y 520.000 abortos por año (Mario y Pantelides, 2009).

El aborto inseguro fue desde 1980 y hasta 2018 la causa principal de muerte materna en la Argentina; desde entonces han muerto 3030 mujeres y personas gestantes.

En el año 2013, 49.000 personas fueron internadas por complicaciones de abortos, lo que significa unas 135 internaciones por día (REDAAS, 2018; DEIS, 2014). Las hospitalizaciones por aborto representan el 5% de todas las hospitalizaciones de mujeres y personas gestantes en el país. Las complicaciones por abortos ocupan el cuarto lugar entre las hospitalizaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, después del parto normal, las complicaciones del embarazo y el parto y las complicaciones posparto (Zamberlin *et al.*, 2012).

## 2.5 Argentina: historia y contexto

En la Argentina, antes de la promulgación de la Ley 27610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en diciembre de 2021, el aborto era legal por causales desde 1921. Si bien el Estado argentino criminalizaba el aborto, había situaciones en las que este procedimiento era legal. Los motivos por los cuales un aborto podía ser legal eran dos: si la vida o la salud de la mujer embarazada se veían amenazadas, y si la mujer había sido violada (art. 86 del Código Penal). A pesar de estas excepciones en las que el aborto no era punible, rara vez las mujeres podían acceder a un aborto seguro y legal.

Desde 1921, las excepciones contempladas en el Código Penal no se habían hecho efectivas en los sistemas de salud.

Los derechos de las personas gestantes que buscaban un aborto permitido por la ley eran ignorados por razones que casi siempre se relacionaban con creencias y posturas personales de los actores, incluso cuando se trataba de servidores públicos.

Existía negación, desvalorización y estigma sobre el aborto como práctica médica y un gran desconocimiento en el terreno en el que se supone que debían resolverse las interrupciones del embarazo permitidas entonces por ley.

La existencia del aborto no punible fue también negada sistemáticamente en la enseñanza de la medicina y la abogacía.

Por lo antedicho, en los hechos, en nuestro país existía una prohibición total del aborto, incluso en los casos permitidos por la ley (Faundez, 2010).

Uno de los principales motivos para que esto ocurriera es el estigma que pesa no solo sobre las personas que abortan, sino sobre los prestadores de salud.

El estigma tiene consecuencias respecto de las legislaciones y de la práctica médica, y genera un círculo de ilegalidad/clandestinidad e inequidad en salud.

## 2.6 Práctica del aborto inducido e inseguro y políticas públicas

La Argentina ha sido signataria de los compromisos internacionales, regionales y nacionales para implementar políticas públicas que reduzcan la mortalidad materna, incluida su primera causa: el aborto inducido en condiciones de riesgo.

Las primeras acciones públicas en el país sobre el aborto comenzaron a tomarse en el año 2004, con los objetivos del Plan Federal de Salud para reducir las hospitalizaciones y mejorar la atención posaborto en los hospitales públicos, para prevenir la mortalidad y su recurrencia, a través de tecnologías basadas en evidencias y en un enfoque preventivo centrado en las personas gestantes (Ministerio de Salud de la Nación, Plan Federal de Salud, 2004).

Hasta entonces, no había políticas públicas claras respecto del aborto y esto permitió que cada equipo de salud actuara según su cultura organizacional, lo cual no solo fue ineficiente sino discriminatorio e inapropiado (PNSSYPR, 2011).

Se creó entonces un programa para mejorar la calidad del cuidado posaborto, basado en el cuidado adecuado y oportuno. Se incluyeron cinco elementos claves: el respeto por los derechos sexuales y reproductivos (atención compasiva, correcta, confidencial, sin prejuicios), el tratamiento apropiado para la urgencia, el uso de aspiración manual al vacío (MVA), la consejería y anticoncepción posaborto, y la coordinación con otros servicios de salud si fuera necesario. El impacto de este programa no ha sido evaluado.

Más tarde, aproximadamente en el año 2007, hubo acciones públicas positivas para mejorar el acceso al aborto permitido por la ley en nuestro país, con la publicación de la Guía Técnica para la Atención Integral del Aborto No Punible (PNSSYPR, 2011).

Desde 2009 existe distribución gratuita de anticonceptivos en todo el país, asesoramiento integral sobre salud reproductiva y sexual, y se realizan múltiples esfuerzos para capacitar e involucrar a los proveedores de atención médica en un modelo de atención integral de reducción de riesgos y daños para el embarazo no intencional (PNSSYPR, 2011).

En el año 2012 la Corte Suprema de Justicia, en un fallo histórico, conocido como F.A.L., estableció la constitucionalidad del artículo 86 del Código Penal (excepciones para la no penalización del aborto), los alcances de la causal violación e hizo recomendaciones para la política pública, como la no judicialización de los casos incluidos en las excepciones del Código Penal y la elaboración de protocolos de atención de estos casos en el sistema de salud para que este derecho sea accesible.

En el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación publicó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, que es la herramienta con que cuentan hoy los equipos de salud para hacer realidad ese derecho.

Dicha guía fue actualizada en 2019 y reeditada en 2021 con la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo como herramienta rectora de la política sanitaria.

## 2.7 Aborto con medicamentos

Es imprescindible referirnos al aborto con medicamentos porque ha cambiado de manera radical la práctica en el mundo, en particular en contextos legalmente restrictivos (Zamberlin, 2007 y 2011).

Por definición, el aborto con medicamentos es aquel que puede realizarse con un medicamento o una combinación de dos para terminar un embarazo. El estándar de oro para este tratamiento es el uso de mifepristona más misoprostol (WHO Guideline, 2012; Ganatra *et al.*, 2014). La guía técnica de la OMS para un aborto seguro recomienda

usar, cuando la mifepristona no está disponible, un régimen alternativo con misoprostol solo en dosis de 800 mg repetidas cada 3 a 6 horas por vía sublingual/bucal o vaginal. Actualmente es posible acceder a este método no invasivo y más económico que el quirúrgico, y la mayoría de las veces no se requiere la participación del personal de salud en el proceso (Zamberlin *et al.*, 2012).

En América Latina, el uso de misoprostol como única droga para autoinducir el aborto tiene más de veinte años y su uso está generalizado (Faúndez A, 2010). Desde el año 2009 el misoprostol está incorporado al listado modelo de medicamentos esenciales de la OMS, en su presentación de 200 mg, solo o en asociación con la mifepristona.

En América Latina el misoprostol está aprobado en la mayoría de los países para prevenir las úlceras gástricas, pero no para indicaciones ginecológicas y obstétricas, excepto en seis países (Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Uruguay) que lo han registrado para algunas indicaciones, pero no para el aborto (Ramos *et al.*, 2014).

En la Argentina el misoprostol de 25 mg está registrado para la inducción del parto, y el misoprostol de 200 mg estaba únicamente disponible en una forma farmacéutica asociada con el diclofenac, para evitar la irritación gástrica producida por el antiinflamatorio.

Desde julio del 2018 está aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) la presentación de 200 mg para uso ginecológico (Resol. 6726/2018).

Su uso seguro en contextos no hospitalarios depende de la edad gestacional, la dosis correcta y la seguridad y disponibilidad de atención y asesoramiento durante el proceso y el posaborto.

Existe evidencia de que el uso de misoprostol acompañado de un procedimiento previo de consejería y un asesoramiento posterior al procedimiento realizado por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) ha reducido el número de complicaciones por abortos y, por lo

tanto, el número de hospitalizaciones (Faúndez A, 2010; PNSSYRPR, 2011; Moseson *et al.*, 2020).

La aceptabilidad de las personas gestantes y de los proveedores es alta, y su seguridad y efectividad oscilan entre el 95% y el 98% (Ganatra *et al.*, 2014; Romero *et al.*, 2010; Robson, 2009, Winikoff *et al.*, 2012). Su uso en contextos de acceso restrictivo ha sido ampliamente difundido a través de las redes sociales o de boca en boca (Winikoff *et al.*, 2012).

Aunque no puede establecerse un vínculo directo, las admisiones por complicaciones del aborto se han reducido progresivamente en la Argentina, y es posible que el uso seguro y difundido del misoprostol sea la causa (Drovetta, 2015; Dirección de Estadísticas e Información en Salud [DEIS], datos 1985/2008, comunicación personal con Mariana Romero).

## **2.8 Las organizaciones de la comunidad y el soporte para la autogestión del aborto con medicamentos**

Tal como venimos diciendo, la disponibilidad de misoprostol para producir la interrupción del embarazo en contextos en los que el acceso al aborto permitido por ley está restringido ha transformado las prácticas y permite que las propias personas que cursan un embarazo y/o las organizaciones ayuden a otras a abortar por fuera del sistema de salud.

El uso de medicación ha transformado de manera radical la práctica del aborto en todo el mundo, en particular en los contextos legalmente restrictivos (Zamberlin *et al.*, 2012). La existencia del misoprostol y el conocimiento sobre él permite que el aborto sea más temprano, más accesible, más seguro, menos traumático, menos medicalizado y más económico (Kulier *et al.*, 2011). La aceptabilidad de las personas ges-

tantes y de los proveedores es alta, así como su seguridad y efectividad, que van del 95% al 98% (Robson *et al.*, 2009; Winikoff *et al.*, 2009).

Su uso en contextos de ilegalidad se ha democratizado a través de las redes sociales y de boca en boca y fue plasmado en la Argentina en el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* (Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto [comps.] 2012). En lo simbólico, el aborto pasa del territorio de los médicos/as, obstétricas y enfermeros/as, de los hospitales y centros de salud, al territorio de las propias mujeres lo cual resulta revolucionario y liberador (Renner *et al.*, 2013).

En la provincia de Neuquén, la colectiva feminista La Revuelta inició a fines del año 2010 un servicio telefónico de información y acompañamiento, llamado Socorro Rosa, para quienes desean interrumpir su embarazo. El propósito es brindar información sobre la práctica segura del aborto con medicamentos; además, también se realiza acompañamiento telefónico y personal durante el proceso, lo cual implica un acto generoso, que no juzga, ayuda a mantener la calma, y otorga seguridad y confianza en este momento, que suele ser de intensa presión y temor generados por la propia situación clínica (dolor y sangrado), a lo que se agrega el estigma y la presunción de ilegalidad.

El servicio cuenta con una línea telefónica cuyo número se publica en redes sociales y en materiales de difusión. A través de él se pautan encuentros presenciales con las personas que necesitan abortar, se acompaña el proceso durante el uso del misoprostol mediante una guardia telefónica permanente y se deriva al control médico posaborto (Zurbriggen R., 2012).

Desde el año 2011 Socorro Rosa inició un proceso de sistematización de los datos de las personas que se comunicaron. En el año 2011, se acompañó a 135 mujeres y en el 2012, a 347.

Entre las acciones e interacciones desarrolladas desde esta organización se destacan: la conformación de una red de médicos y médicas

amigables y personal de salud, que se constituyen en actores claves para la consejería y anticoncepción posaborto; la creación del consultorio TeA (Te acompañamos - Control, Consejería y Anticoncepción Posaborto), espacio que funciona una vez por semana en el Hospital Regional Castro Rendón de la ciudad de Neuquén.

A partir de 2013, la experiencia se extendió a otras provincias y grupos. Impulsadas por La Revuelta se cuenta con la articulación de Socorristas en Red, que funciona en Córdoba, Mendoza, Santa Rosa (La Pampa), Bahía Blanca, la zona oeste de la provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Plata (Buenos Aires), Rosario y Rafaela (Santa Fe). Socorristas en Red tiene un blog ([socorristasenredblogspot.com.ar](http://socorristasenred.blogspot.com.ar)), un folleto instructivo común y produce datos de sistematización. Se han realizado campañas de difusión sobre usos seguros del misoprostol mediante folletería, spots radiales, participación en foros, coloquios y seminarios, para difundir la experiencia, y se han producido artículos para libros y revistas de interés (Zurbriggen R., 2012).

A la fecha existen grupos de Socorristas en Red en 48 localidades del país (<http://socorristasenred.org/>).

# 3

## Materiales y métodos

### 3.1 Propósito

Producir conocimiento acerca de organizaciones que facilitan el acceso de las personas gestantes a abortos inducidos permitidos por la ley, con el fin de evaluar su contribución a la sociedad en términos, simbólicos, sanitarios y económicos.

### 3.2 Objetivo general

Caracterizar la experiencia de las organizaciones de mujeres que facilitan el acceso al aborto permitido por ley en la Argentina y evaluar su impacto en términos simbólicos, sanitarios y económicos.

### 3.3 Objetivos específicos

- Explorar las motivaciones de las mujeres para pertenecer a estas organizaciones y sus sentimientos en relación con la tarea realizada.

- Explorar percepciones de los profesionales de la salud sobre la existencia de estas organizaciones y su influencia en su trabajo diario con relación al aborto.
- Caracterizar las interacciones entre las organizaciones y los profesionales de la salud.
- Evaluar en las jurisdicciones donde sea posible el impacto sanitario y presupuestario de la autogestión del aborto con acompañamiento comunitario.

### 3.4 Preguntas de la investigación

¿Cómo son y cuáles son los métodos de las organizaciones de mujeres que facilitan el acceso al aborto a otras mujeres y personas gestantes? ¿Cuál es su historia y cuáles sus procesos de crecimiento? ¿Cómo son las interacciones con los sistemas de salud público y privado? ¿Cuál es el impacto sanitario y económico de su accionar? ¿Funciona el dispositivo como facilitador del acceso al aborto permitido por ley en la Argentina?

### 3.5 Tipo de estudio

Estudio exploratorio descriptivo cualitativo y cuantitativo, con una evaluación económica (de impacto presupuestario) en, como mínimo, una de las jurisdicciones evaluadas.

La metodología combinó métodos cualitativos y cuantitativos junto con técnicas de triangulación de la información para facilitar el análisis y la interpretación de los datos. Asimismo, se realizó un estudio del impacto presupuestario de las acciones de la comunidad sobre el sistema de salud.

### 3.6 Población

Las técnicas se aplicaron a las dos poblaciones de interés: a los profesionales de la salud de la región de Río Negro y Neuquén y de áreas seleccionadas del resto del país, y a las militantes de las organizaciones feministas La Revuelta, Socorro Rosa y Socorristas en Red de la región y del resto del país.

### 3.7 Muestra, variables o categoría de interés. Recopilación de datos

#### 3.7.1 Organizaciones de la comunidad

##### 3.7.1.1 Entrevistas semiestructuradas

Se aplicó una guía de preguntas semiestructuradas a una muestra de mujeres pertenecientes a La Revuelta y a Socorristas en Red de las agrupaciones de todo el país, según la recomendación de las informantes claves (instrumento A).

La guía de entrevistas incluyó: 1) preguntas sobre las motivaciones para realizar la tarea de acompañamiento e información sobre el aborto a quienes buscan ayuda para autoinducirse un aborto; 2) preguntas orientadas a describir la tarea que realizan; 3) preguntas orientadas a que describan sus percepciones acerca de su relación con los sistemas de salud público y privado y sus proveedores y, por último, 4) preguntas acerca de sus percepciones, sentimientos y la satisfacción con la tarea que realizan.

Este instrumento fue aplicado en una entrevista hecha con la herramienta de telecomunicaciones Zoom en el 100% de los casos, dada la imposibilidad de hacerlas de modo presencial, debido al aislamiento obligatorio durante la pandemia.

Se definió una muestra que representara la variabilidad de los distintos grupos de Socorristas en Red de acuerdo con su ubicación geográfica en el país.

En principio se estimaron unas 25 entrevistas a mujeres militantes socorristas de las provincias seleccionadas. La saturación y la homogeneidad de los diferentes perfiles o roles nos llevó a realizar 35 entrevistas para alcanzar los criterios de inclusión.

Estos fueron: pertenecer a las agrupaciones de socorristas y estar en el momento activas realizando acompañamientos presenciales o telefónicos.

Criterio de exclusión: no desear participar.

### **3.7.1.2 Entrevistas en profundidad**

Se realizaron a un número acotado de dirigentes de La Revuelta de Neuquén, ya que son las generadoras del movimiento nacional de Socorristas en Red.

La guía de entrevistas (instrumento B) incluyó: a) historia de la agrupación La Revuelta, b) motivaciones y desarrollo hasta la fecha, c) el futuro de las agrupaciones y la legalización del aborto en la Argentina y d) todo lo que quisieran expresar acerca de sus percepciones y sentimientos a lo largo de su trayectoria.

Criterios de inclusión: pertenecer a las líderes regionales de las agrupaciones.

Criterio de exclusión: no desear participar.

## **3.7.2. Profesionales de la salud**

### **3.7.2.1 Encuesta autoadministrada o en línea (instrumento C)**

Se realizó una encuesta autoadministrada a médicos y médicas gineco-obstetras, obstétricas y generalistas, para la que hubo que cambiar la metodología de reclutamiento prevista, debido a la situación de Aislamiento Social Obligatorio.

El cuestionario exploró las percepciones y los conocimientos de los profesionales de la salud, particularmente ginecólogos, ginecólogas y obstetras sobre la existencia de estas organizaciones y su influencia en su trabajo diario con relación al aborto, y buscó caracterizar las interacciones entre las organizaciones de la comunidad con sus particularidades y los profesionales de la salud.

El cuestionario incluyó preguntas sobre las siguientes dimensiones: a) conocimiento que tienen las y los profesionales de la salud acerca de las socorristas, b) el tipo de interacciones con estas si las hubiera, y c) las opiniones que tienen respecto de estos grupos. El formato fue sencillo y breve a fin de asegurar la participación.

El cuestionario en línea se elaboró en la plataforma SurveyMonkey®. Esta estrategia garantizó el anonimato de los encuestados. El formato fue sencillo y breve de manera de asegurar la participación y la factibilidad de que la encuesta fuera respondida en su totalidad.

Para la encuesta en línea se enviaron un total de tres recordatorios (uno por semana) para mejorar las probabilidades de respuesta.

### **3.7.3 Evaluación económica**

Se realizó un análisis del impacto presupuestario (AIP), que consiste en la evaluación del impacto financiero de la incorporación de una tecnología sanitaria en un determinado escenario de salud. Los AIP generalmente proyectan los gastos de una tecnología sanitaria en un período corto (1 a 5 años).

En este caso se analiza el impacto económico que tiene para el sistema de salud el trabajo realizado por las organizaciones de la comunidad que brindan asistencia a quienes desean abortar.

Para ello, se considera que la intervención es el escenario actual con la cantidad de personas gestantes asistidas (acompañadas) por la orga-

nización de la comunidad local, y el comparador es el escenario tradicional cuando estas organizaciones no existían (previo al año 2010).

Las prácticas por considerar serán: a) consultas, b) internaciones y c) cirugías, y podrán modificarse según los datos existentes.

a) Número de consultas de guardia por aborto incompleto o hemorragias. Uso fallido de misoprostol, cuadro febril asociado.

b) Aborto incompleto, aborto en curso, aborto infectado. Hemorragia severa.

Transfusiones. Uso de antibióticos y otras medicaciones como el uso de analgésicos y drogas oxitócicas. Internación en UTIP, inotrópicos, antibióticos diálisis, ARM.

c) Aspiración manual endouterina, medicación, analgésica. Cirugía de laparotomía exploradora, histerectomía.

La fuente de información son los datos públicos sistematizados de las organizaciones Socorristas en Red y La Revuelta.

Los datos del sistema público de Neuquén se obtuvieron, previa autorización, de las estadísticas del hospital Castro Rendón. El acceso a las historias clínicas fue realizado solo por los dos integrantes del equipo que son médicos de dicha institución.

### 3.7.4 Análisis de los datos

Los *datos cualitativos* fueron evaluados mediante un análisis de constructos (*framework analysis*). Este método en particular ha probado su utilidad cuando es necesario comparar datos entre grupos de personas o instituciones y cuando se espera que la carga de información en verbatim sobre temas similares sea alta. Los investigadores se familiarizaron con los datos obtenidos utilizando transcripciones de las entrevistas grabadas.

Se utilizó el software ATLAS.ti para ordenar y consolidar las citas y ordenarlas por códigos, y luego estas fueron analizadas de manera grupal.

Tal como se describió anteriormente, los temas principales son, para las entrevistas en profundidad: a) historia de la agrupación La Revuelta; b) motivaciones y desarrollo hasta la fecha; c) el futuro de las agrupaciones y la legalización del aborto en la Argentina, y d) todo lo que quisieran expresar acerca de sus percepciones y sentimientos a lo largo de su trayectoria. Para las entrevistas semiestructuradas: a) motivaciones para realizar la tarea de acompañamiento e información a quienes buscan ayuda para autoinducirse un aborto; b) descripción de la tarea que realizan; c) percepciones acerca de su relación con los sistemas de salud público y privado y sus proveedores, y d) percepciones, sentimientos y satisfacción respecto de la tarea que realizan.

Para el *análisis cuantitativo* de los datos recolectados, las respuestas individuales fueron analizadas a nivel grupal y se utilizaron medidas de resumen (proporción o promedio  $\pm$  desvío estándar) para describir y agrupar los datos.

Se realizó un análisis estratificado para identificar las potenciales fuentes de heterogeneidad (años en la especialidad, cargo en el equipo de salud, tipo de atención que realiza, por ejemplo si es pública o privada, y otras características).

### 3.7.5 Triangulación de los datos

Se analizaron los datos de uno y otro grupo obtenidos de las entrevistas y de la encuesta, y se encontró coherencia entre ambos, así como entre las entrevistas en profundidad y las semiestructuradas.

Con relación al impacto presupuestario se encontró correlación con lo expresado por ambos grupos, profesionales y socorristas (confirmación por múltiples métodos y múltiples informantes que identifican los mismos puntos críticos).

# 4

## Resultados (incluidos tablas y gráficos)

Es imposible hacer referencia a los resultados de este estudio sin considerar primero cuestiones del contexto.

Dos cosas muy importantes ocurrieron en el marco de esta investigación. Una de ellas, que afectó a todos los investigadores e investigadoras, así como a las investigaciones a nivel global en todos los campos, fue la pandemia de covid-19 que, entre otras cosas, ha cambiado para bien y para mal los métodos que muchos debimos usar para el trabajo de campo, la recolección y el procesamiento de datos, para los intercambios en el equipo, etc.; a esto se agregan también las dificultades temporales y los costos personales para reaccionar a lo que estaba ocurriendo en las nuevas formas de organización familiares y laborales .

La segunda es la legalización del aborto en la Argentina, en diciembre de 2020, y que hace específicamente al objeto de esta investigación.

La situación de pandemia fue considerada en la recolección de datos en las entrevistas y ambos aspectos son considerados en la discusión y las conclusiones del presente trabajo.

## 4.1 Resultados de organizaciones de la comunidad

### 4.1.1 Resultados de entrevistas en profundidad

Se realizaron entrevistas en profundidad a líderes históricas, únicamente de la colectiva feminista La Revuelta, de Neuquén, ya que fueron las iniciadoras de la red nacional Socorristas en Red (SenRed).

Se siguió una guía general de entrevistas en las que se solicitó el relato de las motivaciones y la historia de la colectiva feminista, teniendo en cuenta los hitos y momentos claves de su devenir histórico: cómo se llega al Socorro Rosa y cómo se crea y desarrolla la red nacional Socorristas en Red, sus relaciones con otras organizaciones comunitarias y políticas y, sobre todo, cómo se gestaron las relaciones con el sistema de salud.

#### 4.1.1.1 El inicio de una colectiva feminista patagónica y sus ideas fundantes

La idea de fundar una agrupación feminista nació en el Encuentro de Mujeres del año 2000, con la coincidencia de tres mujeres, dos exalumnas y su profesora de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue. La idea y el entusiasmo provinieron del Encuentro y se plasmó el 8 de marzo del año siguiente.

*“Nos tomamos el verano como para pensar, pensar una declaración, le dimos muchas vueltas al nombre, recuerdo, y hacemos la primera presentación pública el 8 de marzo” Ruth.*

*“En principio fueron ellas tres, pero fue totalmente como a partir de su relación docente-estudiantes” Belén.*

Estas mujeres apuestan a un feminismo de la calle, un feminismo de la acción, y ponen de manifiesto también la situación político social de la Argentina en el 2001. Se definen como interesadas en la política en general, pero no solo para “mirarla y opinarla”, sino para intervenir.

También hacen referencia a la habilitación del contexto social de la provincia de Neuquén para su existencia.

*“El interés por la política y el interés por la intervención, no solo por la política para mirarla y opinarla, sino por intervenir” Ruth.*

*“Es como un momento clave para pensarnos también en términos de nuestras intervenciones sociales y desde qué lugares. Fue fundante para pensar después desde qué lugares íbamos a intervenir” María.*

*“La Revuelta es posible porque también la sociedad en Neuquén les dio cabida” María.*

*“Es posible porque también hubo una sociedad que habilitó nuestra existencia, ¿no?” Ruth.*

*“En clave política, lo que implicaron también los movimientos sociales en Neuquén, los derechos humanos. Digo, también Neuquén tiene una historia de lucha que acompañó efectivamente a esto otro” María.*

#### **4.1.1.2 Hitos**

Las entrevistadas coinciden ampliamente en señalar como hito en la consolidación de la colectiva su ingreso en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, en el año 2005.

*“El ingreso a la Campaña implica un salto político en La Revuelta, porque nos pone ante la posibilidad de relacionarnos de manera mucho más directa con un montón de colectivas, y también empezamos a ser miradas, porque no nos callábamos la boca en las plenarias” Ruth.*

Otro de los hitos descritos en forma coincidente por las entrevistadas es el asesinato del maestro Carlos Fuentealba en Neuquén. Esta situación dramática impulsó diversas actividades callejeras de La Revuelta, lo cual aumentó su visibilidad y consolidó su experiencia y un estilo de activismo feminista diferente.

*“El fusilamiento de Carlos Fuentealba, en 2007, también fue un momento muy importante para nuestra colectiva. Porque ahí, otra vez, habíamos acumulado cosas que tenían que ver con las acciones de denuncias y acciones callejeras por violaciones, por abusos” Ruth.*

*“Después en el año 2007, con el asesinato de Carlos Fuentealba en ese año, ellas hicieron mucho activismo callejero, pedagógico, porque, bueno, muchas de las revueltas en ese momento eran docentes y trabajaban acá en Neuquén, entonces eso hizo que también la relación con el sindicato docente fuera una relación particular” Belén.*

En el año 2008 se señala como hito la creación del llamado Socorro Violeta, que es un dispositivo generado por ellas para asistir a las víctimas de las violencias machistas. Se trata básicamente de acompañamiento y asesoramiento legal para mujeres que están transitando estas situaciones. Tal como relata Ruth, la intensa demanda puso a las revueltas a pensar estrategias de intervención, fieles a su postulado inicial de un feminismo de acción.

*“La creación del Socorro Violeta... Porque también nos puso a discutir algunas cosas con el Estado, por eso lo comunico, en términos de interpelaciones, desde ‘esta es nuestra experiencia de acompañamiento en temas de violencias, esto es lo que nosotras encontramos que pasa, y entonces esto es lo que reclamamos’” Ruth.*

*“El feminismo va a los lugares, estamos en la calle, pero las que estamos en la calle después estamos en las instituciones, y en las instituciones provocamos cosas” Ruth.*

En el camino de este feminismo de acción, Belén señala como hitos subsiguientes la creación del Socorro Rosa en 2010 y de la red nacional Socorristas en Red, en el 2012.

Por último, las entrevistadas coinciden en señalar que otro hito que mueve hacia adelante y pone en lo cotidiano al feminismo es el surgimiento del movimiento Ni Una Menos.

*“Pero para mí hay un punto de inflexión que es el Ni Una Menos; por la masividad, sobre todo, hace que mucha gente reivindique aspectos del feminismo o cuestiones programáticas del feminismo sin estar organizadas. Pero sintiéndose o habiendo construido otra subjetividad, que a lo mejor las mujeres como yo, con la edad que tenemos, llegamos mucho más tarde a eso” Ruth.*

#### **4.1.1.3 Socorro Rosa**

El Socorro Rosa es un dispositivo generado a fines del año 2010 en Neuquén por la colectiva feminista La Revuelta para dar respuestas a quienes deseaban interrumpir su embarazo. Nació como un servicio telefónico de información sobre el aborto con medicamentos y fue

más allá de la información sobre cómo obtener y usar la medicación. Las revueltas avanzaron y crearon el “acompañamiento” durante el proceso de aborto para contener, dar seguridad y confianza en la situación de temor, dolor e incertidumbre, en un contexto en el que además de visto como ilegal el aborto está construido socialmente, desde el discurso médico, como una práctica peligrosa. A su vez, también bajaron en los signos de alarma y en la concurrencia al sistema de salud en el posaborto.

Las entrevistadas relatan que, por su militancia pública en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Seguro, Legal y Gratuito y a través del dispositivo Socorro Violeta, que ya estaba instalado, las activistas recibían muchas consultas de situaciones de mujeres y personas gestantes con embarazos no intencionales ni deseados que querían abortar. Entonces comenzó a generalizarse que, de manera informal, dieran la información que tenían sobre médicas y médicos que realizaban abortos clandestinos, pero seguros desde el punto de vista meramente técnico, ya que su práctica, en general, era sumamente violenta tal como relatan las entrevistadas, lo que le quita seguridad y valor al procedimiento.

*“Por ser parte de la campaña, muchas personas nos empezaban a llamar y a preguntar cómo resolver situaciones de aborto. De hecho, al Socorro Violeta también venían algunas personas preguntándonos por temas de aborto y derechos sexuales y reproductivos” Ruth.*

*“En ese momento, derivábamos a personas que nos contactaban, les decíamos ‘mirá, sabemos que hay un médico que trabaja en tal lugar’. Pero no conocíamos al médico” Ruth.*

*“Y entonces los llevo y ahí se produce una situación muy violenta... y en realidad creo que eso fue como un momento de mu-*

*cho sufrimiento para mí, para esa joven y para ese joven, pero a la vez fue como un... la posibilidad de pensar 'hay que hacer otra cosa'. También lo señalamos ahí como... en algún momento hemos analizado en algún texto eso como un acontecimiento que posibilita el Socorro Rosa” Ruth.*

*“Fue muy difícil, todavía ahora me lo acuerdo y me pasa por el cuerpo así la sensación de tanta injusticia. Y recuerdo que yo... lo que más me acuerdo es que yo lloré los 45 kilómetros, me volví a Neuquén llorando, pero llegué y mandé un mail. En ese momento no teníamos todas estas cosas, y les dije a mis compañeras ‘se tiene que acabar, así no más” Ruth.*

*“En el 2010 empezamos a armar el Socorro Rosa, pensando en que no queríamos derivar, decirle a nadie más que vaya a alguno de esos médicos, porque había sido demasiado violento, demasiada red de negociado de aborto clandestino” María.*

*“Porque de alguna manera éramos cómplices de esas violencias, pero también éramos... La realidad es que estamos en el medio; habíamos escrito algo así como que estábamos en el medio como de una épica ambigua, porque por un lado nosotras queríamos dar una información, pero a la vez se generaban muchos violentamientos. Y no en todas las situaciones, pero a la vez nosotras éramos cómplices de ese comercio de alguna manera, ¿no?” María.*

Luego de la toma de conciencia sobre lo violento que resultaba recurrir a algunos médicos y médicas para realizar abortos clandestinos, las militantes de La Revuelta comenzaron a indagar sobre el aborto con medicamentos. Previamente habían trabajado con algunos médicos y mé-

dicas del sistema de salud los usos seguros del misoprostol, y con la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. Además, por ese entonces se editó el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, compilado por Lesbianas y Feministas por la Des-criminalización del Aborto.

*“Eso nos generó también muchas inquietudes y a partir de esa situación empezaron a pensar que había que hacer otra cosa, que ya no se podía más hacer eso de pasar el dato de los médicos porque claramente no era una práctica cuidada, segura en ese momento, y ahí empezaron a leer sobre misoprostol, sobre oxaprost, y empezamos a pasar ese dato: ‘podés comprarlas acá y se usan de esta manera’” Belén.*

*“Después empezamos a notar que cada vez había más llamados y empezamos a notar que se les empezaba a dificultar la compra de la medicación, porque les pedían receta, por ejemplo. Entonces empezamos a pedirles a nuestras amigas médicas” Belén.*

*“Cada vez la cantidad de llamados era más y hubo un momento en que empezamos a pensar que había que pensar un dispositivo más armado, con determinadas características” Belén.*

*“Usamos el libro de las lesbianas y feministas, usamos algunas partes de ese libro para un folleto propio que habíamos hecho, que después reformulamos. Y a partir de todo el cúmulo de conocimiento que fuimos teniendo por los propios acompañamientos, hicimos nuestro propio folleto y dejamos de usar esos materiales, pero al principio, sí, fue una base muy importante para nuestro conocimiento, para acompañar” Belén.*

#### 4.1.1.4 La red

En simultáneo con estos procesos de inicio y organización de los acompañamientos socorristas a través del dispositivo Socorro Rosa, las socorristas comenzaron a dar a conocer lo aprendido en los dos primeros años y a difundirlo en otras regiones. Por ejemplo, entre otras acciones, llevaron al Encuentro Nacional de Mujeres los afiches de usos seguros del misoprostol y armaron un taller en ese contexto.

Además, fueron creciendo en sus interacciones con el sistema de salud y con la sistematización de sus datos, temas que abordaremos más adelante.

*“En el encuentro de 2013 se decide claramente que una de las decisiones políticas tenía que ver con intervenir, empezar a visibilizarnos como socorristas. Entonces, era la intervención en el Encuentro Nacional de Mujeres de San Juan, pero con una cantidad, llegaban las cajas que llegaban de Neuquén y todo y armando y demás, bolsitas y demás, se armaron talleres paralelos, eso fue impresionante. Impresionante. Afiches A3, bolsitas con folletos, documentación, etcétera, etcétera”* María.

*“Contemos cómo se usa el misoprostol, vayamos al Encuentro Nacional de Mujeres en ese momento, con folletos, con afiches, hagamos talleres. Ese año 2013 se hizo en San Juan y repartimos, no sé, creo que habíamos hecho 10.000 afiches de cómo se usa el misoprostol y qué es. Hicimos talleres. Y en esos talleres aparecieron compañeras de otros lugares del país, por ejemplo de Entre Ríos, Tucumán, de muchas provincias, a querer sumarse también al Socorro Rosa”* María.

Así fue surgiendo la idea de armar una red nacional de socorristas, que se inició en el 2012 y se plasmó en el año 2014.

*“Nosotras nos pasamos durante dos años arriba de los autos, las revueltas, sobre todo cuatro o cinco revueltas, andando por este país armando la red. En ese momento, no sé si nosotras éramos tan conscientes de que era para armar la red; sí teníamos la decisión política, o el impulso de decir esto tiene que ser red, no alcanza con que sea solo en Neuquén, y no alcanzaba porque nos empezaban a llamar mujeres de otras provincias” Ruth.*

*“Entonces, cuando decidimos empezar el armado de la Red, que fue en el año 2012, eran colectivas mucho más pequeñas, muchas menos colectivas, y todas eran colectivas que estaban dentro de la Campaña. Después la Red empezó a tener colectivas que se armaban exclusivamente para ser socorristas y nunca habían estado en la Campaña. Por eso nosotras siempre decimos que también le aportamos a la campaña activismo por el aborto legal” Ruth.*

*“Hicimos talleres. Y en esos talleres aparecieron compañeras de otros lugares del país, por ejemplo de Entre Ríos, de Tucumán, de muchas provincias, a querer sumarse también al Socorro Rosa. Y en el año 2014 hicimos una reunión ampliada acá, en Neuquén, a la que fuimos unas 17 colectivas que vinimos acá, que estuvimos tres días en la planta de campamento, nos quedamos ahí y conformamos la red de socorristas, en el año 2014” Belén.*

Tanto en su conformación y sus motivaciones como en sus características socioculturales y políticas, las colectivas integrantes de la Red de Socorristas SenRed son diversas. Sin embargo, hay acuerdos políticos específicos con relación a la actividad socorrista, que describiremos en el apartado de las entrevistas semiestructuradas.

*“Las presencias de las colectivas socorristas en cada provincia son distintas y tienen que ver, por un lado, con cómo se han conformado esas colectivas, con qué individualidades” Ruth.*

*“Cómo convivir en una Red que sabemos que... donde tenés que aprender que no todas van a actuar de igual manera que vos...” Ruth.*

*“Yo aprendo tanto, hasta aprendo de los ritmos provinciales, si no hubiéramos aprendido a convivir con esas cosas no habría Red” Ruth.*

A la fecha existen 53 colectivas socorristas en el país, con más de trescientas activistas. Solo en dos provincias del país no hay agrupaciones de Socorristas: Mendoza y Santa Cruz.

*“Toda la red de socorristas que hemos armado son todas distintas organizaciones, y algunas se organizaron para el socorro específicamente y otras ya estaban organizadas y armaron el socorro” Belén.*

*“Me parece que hay un interés por un feminismo que cambie las cosas aquí y ahora, hay algo de eso, yo puedo modificar algo, colaborar, resolver un problema, y es palpable la solución. Y además tiene que ver con la autodeterminación, con la autonomía, creo que ahí hay una subjetividad muy ensanchada” Ruth.*

#### **4.1.1.5 El sistema de salud**

En este apartado nos interesa contar la historia y caracterizar las relaciones con el sistema de salud local (Neuquén) desde la mirada de algunas pioneras.

Desde el primer momento de la creación del dispositivo Socorro Rosa, las revueltas manifestaron que era importante la articulación con el sistema de salud. De hecho, en el 2014 emitieron una declaración política que rezaba, textualmente: “Activar en pos de articulaciones y de la construcción de redes con médicas y médicos y trabajadoras y trabajadores de ámbitos de salud amigables”.

*“Entonces, siempre el interés fue trabajar con el sistema de salud, sobre todo el público, pero también el privado. Y nos dedicamos mucho a eso. Mucho tiempo de nuestra existencia se la dedicamos a pensar con el sector de salud. Así que eso también es un fuerte de La Revuelta” Belén.*

*“Por eso antes también dije: La Revuelta es en un contexto, es en una provincia, también con un determinado sistema de salud, y se conformó con ciertos pilares, con concepciones acerca de la salud y eso, ahí” Ruth.*

Pero no todo fueron declaraciones políticas, la acción fue lo más importante en el camino recorrido de esta relación.

Una de las primeras interacciones concretas tuvo que ver con las recetas para el misoprostol, que por aquel entonces no era un medicamento preparado para esta indicación, como lo es desde el año 2018. Se trataba de una asociación de misoprostol más diclofenac, Oxaprost®, que se vendía como antiinflamatorio no esteroide, y la combinación con el misoprostol tenía el objetivo de inhibir la secreción de ácido clorhídrico en el estómago y evitar la gastritis. En Neuquén se vendía solo bajo receta archivada, que era la razón por la cual las personas consultaban a la colectiva. Por este motivo las socorristas recurrieron a médicas amigas.

*“Podes comprarlas acá y se usan de esta manera’. Después empezamos a notar que cada vez había más llamados y empezamos a notar que se les empezaba a dificultar comprar la medicación, porque le pedían receta, por ejemplo. Entonces empezamos a pedirle a nuestras amigas médicas” Belén.*

Cuando comenzaron las actividades de Socorro Rosa las activistas llevaron un registro inicial de datos confidenciales en cuanto a la persona, pero registraron, entre otras, la información de cómo llegaron a ellas. Allí podemos ver que un gran porcentaje de estas mujeres y personas gestantes eran enviadas por médicas y médicos.

*“Yo una de las primeras tareas que hice en La Revuelta fue la sistematización de los datos. Y las compañeras tenían, con las mujeres que se encontraban en el año 2010, 2011, un cuadernito donde completaban una planilla, que tenía unos 10 datos o 12 datos que no sé; la edad que tenían, si tenían algún antecedente ginecológico, de enfermedad, si tenían hijos, hijas y cómo habían llegado a La Revuelta. Y empezamos a notar que un gran porcentaje, alrededor del 30% de esos primeros años, llegaban al sistema de salud por sus médicos de confianza. Los médicos les decían: ‘Yo no te puedo hacer ni la receta ni te lo puedo hacer, pero andá a ver a estas chicas que capaz te pueden ayudar’” Belén.*

Esto despertó en las activistas la necesidad de conocer y articular con estos actores, para lo cual idearon una estrategia muy ingeniosa. Sacaban turno con esos profesionales, para recibir atención como cualquier paciente y, ya en la consulta, les revelaban quiénes eran. Así, tuvieron conversaciones que resultaron siempre virtuosas en cuanto a las articulaciones posibles, y fueron bien recibidas por esos profesionales (en su mayoría ginecólogos y ginecólogas).

*“Sacábamos turnos personales y nos sentábamos y les decíamos: soy B. de La Revuelta y vos nos mandás mujeres y queremos que nos conozcas” Belén.*

*“Entonces era muy interesante, porque ellos se quedaban así un poco: ‘¿Quiénes son estas que vienen así?’. Nos terminaban contando lo que hacían, y entonces tenían el número agendado en el celular o nos decían: ‘Yo les digo a las mujeres, mira, acá está la página, acá está el número de las chicas’. Y les mostraba en la computadora. Eso fue muy interesante al principio y así empezamos. Y les decíamos: ‘¿Podemos mandarte a algunas mujeres para que vos hagas el control posaborto?’. ‘Sí, por supuesto, las que yo les mando que vuelvan, y si necesitan de alguna otra, no hay problema” Belén.*

Tal como relata Belén, esa fue la reacción en la mayoría sino en el total de los casos de estos médicos y médicas que, en general, trabajaban en consultorios privados.

Otra de las experiencias iniciales de articulación de las revueltas con el sistema público fue el consultorio TeA (Te Acompañamos), creado en el servicio de ginecología del Hospital Castro Rendon. Se trataba de un consultorio con una demanda espontánea un día por semana para realizar el control, la consejería y la anticoncepción posaborto a quienes lo requirieran.

*“Después G. arma el espacio de TeA en el Castro Rendón, el espacio de asesoramiento y posaborto y anticoncepción posaborto. Ese espacio en realidad se arma también porque nosotras todo el tiempo decíamos: ‘G., ¿podemos mandarte una mujer para que le hagas el control?’, ‘Sí, chicas’. Después la G. dijo: ‘Listo, hay que armar un espacio’. Bueno, se armó el espacio, pero porque ya era*

*una demanda superalta. Pasábamos de una o dos a tener un montón, entonces fuimos así como empujando el sistema para que se acomodara a lo que estaba viniendo” Belén.*

El consultorio TeA se extendió por los centros de salud y otros hospitales, y así surgió también la necesidad de interactuar cara a cara para acordar estas relaciones.

*“Para nosotras, claro, como de mucha ternura, además, como te llamaban de un centro de salud y te decían del TeA. Claro, el TeA era en principio solo en el Castro Rendón y después se fue ampliando” Belén.*

*“El TeA lo que nos permitió fue meternos adentro del hospital a las revueltas, porque empezamos a tener reuniones con quienes atendían el TeA, porque ellos decían que las mujeres iban tan armadas con un discurso que los médicos les proponían cosas y las mujeres no querían, porque: ‘No, porque en La Revuelta me dijeron que ustedes me van a hacer el eco’”. Belén*

*“... a ponerle cara a los médicos... la importancia de saber con quién estábamos trabajando, hablando, y conocer como todo ese mundo que nos da confianza compartida porque nosotros empezamos como a confiar en ellos, en ellas, y ellas en nosotras también. Entonces eso superinteresante, re, todo el espacio de TeA fue para nosotras. Y, además, saber que si hay una mujer que no tiene obra social puede ir ahí que va a ser bien recibida, porque no era que cualquiera iba a ese espacio a trabajar” Belén.*

Las entrevistadas hicieron hincapié en los distintos tipos de interacciones y en la profundidad y compromiso de estas según los actores.

*“Porque fui corta en lo que dije de las articulaciones con salud, también en nuestra articulación hay distintos modos, de alguna manera, de acompañar por parte del sistema de salud. Hay quienes garantizan el derecho, hay quienes llegan a dar la información, hay quienes dicen que no pueden acompañar pero dan nuestro dato. Digo, hay un mix de acompañamiento, no es blanco y negro, que acompañan o no acompañan. Ahí hay todo un movimiento de distintos, como dato, por ejemplo: la enfermera que..., la recepcionista que me dijo tal cosa, el folleto que sí está pegado... Por eso digo que hay distintas formas de estar presente”* María.

Todas estas articulaciones son ricas y valiosas en sí mismas, pero es importante prestar atención, para luego analizar, a los aportes específicos que las entrevistadas ven en estas interacciones, que son sin duda virtuosas para ambos sectores y, por sobre todo, para las mujeres y personas gestantes que abortan.

*“A nosotras nos parece que fuimos empujando la posibilidad de que se hicieran abortos de más semanas, contarles lo que estábamos haciendo nosotras acompañando abortos de embarazos en segundo trimestre. Me parece que nosotras fuimos como empujando para que cada vez se hicieran más. Y muchos de ellos y ellas reconocen que eso es así. Y digo, para nosotras poder mostrar que en 2015 hicimos la primera investigación de aborto en segundo trimestre y poder ir con el libro y contarles lo que estamos haciendo también fue como un alivio para esos médicos y esas médicas, y creo que eso también ayudó al sistema de salud en Neuquén en particular a pensar: ‘Bueno, lo hacemos. Si ellas pueden, ¿por qué nosotros que somos y estamos en este sistema no lo vamos a hacer?’”* Belén.

*“Creo que tenemos que seguir apostando a esto, a instalar sentidos que le quiten al aborto la carga de ‘peligro, peligro, peligro’” Ruth.*

Se relataron además instancias de intercambio y capacitación también con los residentes de medicina general del Hospital Heller de Neuquén, en talleres y actividades conjuntas que permitieron el intercambio de saberes y experiencias.

*“Lo que hacemos todo el tiempo es intentar enseñar eso que estamos aprendiendo y es una lógica que tenemos como incorporada, entonces todo el tiempo queremos mostrar eso que aprendimos a hacer y queremos enseñarlo para que otras personas también aprendan a hacerlo. Eso, y además toda la otra pata de la investigación, hacemos investigaciones para mejorar lo que hacemos y a la vez para demostrar que es posible. Entonces creo que eso es una característica bien particular de quienes estamos haciendo La Revuelta en este momento” Belén.*

#### **4.1.1.6 El rol del socorrismo en la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo**

A pesar de que todas las entrevistas fueron realizadas antes de diciembre de 2020 –cuando se votó la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo–, en la guía de entrevistas esto ya estaba previsto, y de hecho se les preguntó a las líderes de la revuelta cuál era su percepción futura sobre el proyecto IVE y qué roles pensaban que deberían asumir las colectivas y agrupaciones ante un escenario en el que el proyecto IVE fuese aprobado y ejecutado en la Argentina.

Como se deja ver, primariamente lo encararon como una actividad que estaría vigente hasta que el sistema de salud asumiera por ley su deber de realizar las interrupciones legales del embarazo.

*“En el año 2010, cuando armamos el espacio de Socorro Rosa, el interés político fue porque desde siempre pensamos que las socorristas íbamos a dejar de existir cuando estuviera la ley, éramos como el plan B” Belén.*

Sin embargo, dado el tiempo transcurrido, el trabajo realizado y sistematizado, publicado y convertido en evidencia, sumado a la experiencia acumulada, los aprendizajes, las relaciones, articulaciones y los múltiples crecimientos y entrecruzamientos con el devenir histórico, estas ideas primarias fueron cambiando y hoy, y desde hace algunos años, la apuesta es otra.

*“Yo creo que eso va a tener que seguir estando y vamos a tener que hacer muchos más ensayos sobre eso cuando el aborto sea legal también. Me parece que hay un pensamiento mágico, creer que cuando esté la ley todo se va a resolver fácilmente” Ruth.*

Se pone en valor la idea de que este trabajo comunitario que se viene haciendo no será reemplazado por el sistema de salud. En todo caso el sistema de salud debe incorporar estas redes comunitarias a las redes de atención.

Estas formas de trabajo que las socorristas llaman “acompañar” son virtuosas en su conjunto y es poco probable que, con la configuración de la práctica médica actual, el equipo de salud pueda alcanzar este modo de hacer. En el mejor de los casos realizará la tarea de atención de manera correcta, pero “acompañar” incluye, según las propias palabras de Ruth:

*“Acompañar a las mujeres y a otras personas que necesitan abortar desde nuestro activismo como revueltas socorristas implica poner a disposición una política de cuidados alentada por la ética feminista en la que los cuidados son siempre colectivos”.*

*“Esa política de cuidados colectivos se hace y se asienta en:*

- la consideración de que quien aborta es protagonista y dueña de todo el proceso de abortar;*
- la insistencia en que los abortos son de quienes abortan, no son del sistema médico, ni del judicial ni del educativo ni de las redes de acompañantes;*
- la acción directa que implica poner el cuerpo;*
- la disponibilidad para dar tiempo: para la atención de las líneas de teléfono públicas, para los talleres semanales, para estar con el teléfono encendido a la hora en que quien aborta decide abortar, para repasar indicaciones, para calmar dolores, para agregar consejos, sugerencias, sonidos en ese ir y venir de sensaciones vitales, para sugerir profesionales amigables a los que acudir;*
- la disposición para escuchar (algo de lo que te pasa me importa, me sacude, me conmueve, me mueve a colaborar/te para que encontremos un camino de resolución);*
- los saberes que producimos en la experiencia misma de acompañar, armando ingenierías creativas para sortear obstáculos, angustias, ambivalencias;*
- el reconocimiento de que en todo aborto hay algo del orden del enigma que no nos interesa descifrar;*
- los sostenes emocionales para no desalentar la decisión tomada, para que esa decisión se viva como parte de la justicia, la dignidad y la vida elegida, sin miedos, ni vergüenzas ni riesgos para la salud presente ni futura;*
- la convicción de que todos los motivos y ningún motivo son válidos para decidir abortar;*
- la creación de caminos sin laberintos burocráticos, sin violencias, ni estigmas ni culpabilizaciones, sin ceños fruncidos ni cejas levantadas porque ‘no te cuidaste y vas a abortar por segunda o tercera vez’;*

- *la puesta en cuestión del aborto centrado en el discurso que lo narra siempre como un problema de salud;*
- *la inspiración para el desarrollo de la salud comunitaria y en la búsqueda de autonomías (siempre relativas y contextualizadas);*
- *la definición de que la salud está en la posibilidad de resolver problemas que se nos presentan;*
- *la búsqueda incesante por atender la singularidad de cada persona a la que acompañamos, huyendo de las recetas y los relatos universalizantes;*
- *el interés por darles a los abortos el lugar de experiencia extendida y cotidiana que tiene: hablar de abortos, decir abortos, contar abortos, relatar abortos, celebrar abortos;*
- *la construcción de redes organizadas que nos potencian y articulan;*
- *la certeza de que en el acto de acompañar abortos nos volvemos mejores personas, desde ahí insistir en que cuando acompañamos a abortar elegimos cómo vivir nuestras vidas activistas;*
- *la búsqueda por lograr el bienestar mutuo y provocar(nos) brincos de libertad;*
- *el placer que nos provoca acompañar por el mero gusto de acompañar abortos;*
- *la fragilidad de arriesgarnos con ley y sin ley y más allá de la ley;*
- *la promesa esperanzada de vivir en un mundo en el cual, ante un embarazo, decidir abortarlo o decidir continuarlo tenga idéntica valoración social, política y cultural” Ruth.*

*“Venimos haciendo un trabajo de salud comunitaria muy importante y me parece que la posibilidad de tener la ley nos va a hacer*

*pensar en que hay que tener casas feministas de salud, que impliquen una salud integral también, y quizás algunas podamos trabajar ahí en otros sectores, porque yo soy docente, no voy a poder hacer medicina ahí” Belén.*

*“Pero vamos a construir espacios de salud que nos permitan estar ahí y seguir acompañando, porque el sistema de salud va a garantizar, pero no va a garantizar un aborto libre y feminista como lo queremos. Ese es nuestro horizonte en todo caso y vamos a seguir trabajando para que los abortos sean acompañados, sean cuidados, amorosos” Belén.*

*“Como muchas amigas, médicas, ginecólogas cercanas que acompañan la decisión, pero a la vez nos dicen: ‘Les paso el número de ustedes así la acompañan porque...’” Belén.*

*“La apuesta es porque se signifique cada vez más que el aborto sí es una práctica vital de las personas que deciden abortar, que puede ser un punto de inflexión pero que es una práctica que puede hacerse donde la mujer decida, o donde la persona que necesita abortar decida” Belén.*

*“Nosotras aspiramos a que cuando esté la ley se puedan incluso reglamentar las posibilidades de acompañamiento por fuera del sistema de salud. Y que entonces sea la persona que va a abortar quien, sabiendo todas las posibilidades que tiene, elija. Y decida” Ruth.*

*“Bueno, trabajar, pasar por la situación de aborto no es una práctica sencilla, feliz; digo, tiene un montón todavía, aunque tengamos la ley pronta, hay mucho estigma sobre todo, que va a seguir*

*estando. Entonces, en ese trabajo más bien cultural que hay que seguir haciendo, creo que vamos a seguir estando porque la apuesta es que el aborto pase a ser otra cosa en todos los ámbitos, y para eso, sí, vamos a seguir estando, vamos a seguir acompañando, y la decisión de ir al sistema de salud o de venir a ver a las feministas acompañantes también debería ser una opción. Por eso también digo que tener ocho semanas y decidir si quiero ir al sistema de salud o si me acompañan las socorristas, les socorristas... así que sí, vamos a seguir estando, definitivamente” Belén.*

*“Miremos más los límites que tiene el sistema de salud, pero también las posibilidades que ofrece el socorrismo. Comparemos y dejemos a las mujeres elegir” Ruth.*

#### **4.1.2 Entrevistas semiestructuradas a activistas socorristas**

Entre los meses de noviembre de 2019 y diciembre de 2020, se realizaron 35 entrevistas semiestructuradas a integrantes activistas de Socorristas en Red.

Cada una de las entrevistadas representaba a un nodo diferente de la red, llamado *grupa*.<sup>2</sup> Esto representa un 68,5 % de las grupos existentes en todo el país, que abarcan las provincias de Chubut, Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego, La Pampa, Entre Ríos, Córdoba, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Salta, Jujuy, Catamarca, San Juan, San Luis, La Rioja, y Santa Fe, además de la ciudad de Buenos Aires y diversas regiones de la provincia de Buenos Aires.

---

<sup>2</sup> Feminización de la palabra “grupo”, usada por las socorristas corrientemente para referirse a cada agrupación. De esta manera se usa en el texto.

Las Socorristas en Red están activas en 21 provincias argentinas y en la Ciudad de Buenos Aires, algunas de las cuales tienen varias grupas, y las provincias de Mendoza y Santa Cruz no tienen agrupaciones socorristas.

Las edades de las entrevistadas oscilan entre los 24 y 55 años, con una edad promedio de 35 años. Todas ellas tenían otra ocupación y/o profesión al momento de las entrevistas, además de dedicar tiempo a realizar su tarea de acompañar los procesos de aborto.

Muchas grupas tienen un nombre propio, algunos de los cuales citamos a continuación: “Bahía Rosa”, “La Revuelta”, “Las Rudas”, “Las Hilarias”, “Resistencia Rosa”, “Socorristas Costa del Uruguay”, “Enredadas”, “Lapacha Rosa”, “Las Bomberas”, “Manos a la Otra”, “La acción Mariposa”, “La Revuelta CABA”, “Peste Rosa”, “Maleducadas Kisuelain”, “Bravas”, “Las Elviras”.

#### **4.1.2.1 Descripción y análisis de los principales hallazgos**

En esta sección se presentan los resultados, ordenados según los siguientes ejes temáticos establecidos previamente para la entrevista semiestructurada: 1) motivaciones para realizar la tarea de dar información y acompañar a las personas que buscan ayuda para autoinducirse un aborto, 2) descripción de la tarea que realizan, 3) percepciones acerca de su relación con los sistemas de salud público y privado y sus proveedores, y 4) percepciones, sentimientos y satisfacción respecto de la tarea que realizan.

#### **4.1.2.2 Motivaciones para sumarse a realizar la tarea**

Al analizar las respuestas sobre los motivos para sumarse a una organización de la comunidad que acompaña a las mujeres y personas gestantes en la autogestión del aborto, surgen dos motivos principales, muy frecuentes y muy relacionados entre sí. El primero es haber tenido una experiencia de aborto y el segundo está ligado al activismo y la militancia feminista y política.

Queda claro que la vinculación entre las diversas militancias y activismos y los abortos en sus cuerpos no son cosas separadas. Creemos que en la mayoría de ellas se imbrican ambas motivaciones y solo las separaremos a los fines de una mejor visualización e interpretación.

En relación con la situación de haber abortado, está presente en 10 de las 33 socorristas entrevistadas. En algunos casos cuentan la experiencia vivida como muy desagradable y se unen al socorrismo como una manera de evitar que estas situaciones y violencias sean padecidas por otras mujeres.

Dentro de las reflexiones que les propone su propio aborto, algunas están relacionadas con no tener información y los temores que tuvieron en ese momento y con cómo surge una necesidad propia de saber más y difundir esos saberes.

*“Lo pasé muy mal. Me decían ‘te podés morir’ y yo prefería morir antes que gestar” D., La Rioja.*

*“Lo peor es la desinformación” M., San Luis.*

Otras reflexiones se relacionan con las muertes y las lesiones ocasionadas por abortos clandestinos que algunas socorristas vivieron de cerca. Es muy importante resaltar el contexto de estigma, secretismo, soledad, desamparo y falta de información en que estos eventos ocurren, y que fueron resaltados por las entrevistadas.

*“En mi escuela ya se había muerto la hija de la portera por un aborto, yo no sabía nada de eso, nada. Y junté ese sufrimiento, tres muertes por abortos con sonda, de esos abortos vergonzantes que vas al sepelio, y nadie dice nada” M. I., Neuquén.*

*“Me quedé embarazada de un embarazo claramente no deseado e intenté abortar con mucha desinformación, por supuesto, y con*

*muy pocos recursos económicos también. Y obvio, no salió bien. No pude abortar” M., Salta.*

*“Tuve a mi hijo y al día siguiente me hice socorrista porque dije: ‘No, por esto no tiene que pasar nadie nunca más” M., Salta.*

*“Bueno, voy a trabajar en esto para que ninguna mujer viva la soledad, sobre todo, ¿no? El aislamiento, la soledad, el silencio... Por más que haya estado segura pagando a los médicos que hacen abortos quirúrgicos, no pude nunca socializarlo” M., San Luis.*

*“A los 18 años, tuve un embarazo no deseado, tan no deseado que lo oculté durante nueve meses; soy una de esas experiencias que podría haber salido en un programa de televisión, esas niñas adolescentes que no pudieron, digamos, encontrar los canales comunicacionales con ninguna parte de su red ni de su entorno. Yo me consideraba una adolescente, en ese momento, con muchas herramientas para poder comunicarme y también para poder pensar en métodos anticonceptivos y demás, y así y todo, parte de la autoestima, parte del tabú, parte de un montón de cosas, no permitieron siquiera que yo pudiera pensar una manera de resolver esta situación que no fuera más que negarla” G., provincia de Buenos Aires (PBA).*

Otra de las motivaciones para el socorrismo relacionada con haber experimentado abortos es que algunas de las entrevistadas fueron acompañadas por socorristas, y les pareció o sintieron que era una bella tarea y quisieron sumarse para replicarla.

*“Fue personal, pero fue recontra colectivo” D., La Pampa.*

*“Esto se tiene que multiplicar, tengo que poder aportar algo” A., Neuquén.*

*“Como que, del otro lado, en ningún momento yo sentí que tenía que darle razones de por qué estaba tomando la decisión que estaba tomando, y eso fue lo mejor” D., La Pampa.*

Veintiuna de las 33 socorristas manifestaron razones ligadas a diversos activismos, feministas, gremiales y de militancia política partidaria y en movimientos sociales.

También fue muy importante en la decisión de iniciarse en el socorristismo la influencia de los Encuentros Nacionales de Mujeres, y de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, así como la presentación y el debate en el Congreso del proyecto de ley en 2018.

*“Quería hacer algo más que marchar y salir a la calle” M., Catamarca.*

*“Sacar esa estigmatización de la decisión; saber que elegimos por nosotras, por nuestra salud, y no en contra o por maldad o por irresponsabilidad, sino todo lo contrario” M., Chaco.*

*“Nos metimos en la columna de la Campaña y terminamos en la columna de las socorristas, en el encuentro de San Juan, no recuerdo bien en qué año fue” C., Río Negro.*

*“Nos invitan a ir al tercer Encuentro Nacional, la primera plenaria como toda la red de socorristas, y entonces cuando descubrí de todo lo que se trataba ser socorristas, y que ya venía al viaje pensando que no había vuelta atrás, hablé con mis compañeras” E., Entre Ríos.*

*“La experiencia de Las Revueltas a nosotras nos movilizaba mucho, y la actitud que tienen siempre las compañeras de La Revuelta es entusiasmate” L., Córdoba.*

*“No vengo de una familia militante, sí vengo de una familia católica y sí militante en el catolicismo. Y quizás de ahí, un poco pude problematizar la distancia entre algunas prácticas y algunos principios. Yo digo que, de algún modo, eso nos deja un aprendizaje que consideramos justo, bueno y demás. Que tiene mucho que ver con esas raíces...” Y., San Juan.*

#### **4.1.2.3 Descripción de la tarea**

El dispositivo ideado en el año 2010 por la colectiva feminista La Revuelta de Neuquén, al que se llamó Socorro Rosa,<sup>3</sup> comenzó siendo un servicio telefónico de asistencia a mujeres y personas gestantes de la zona de Neuquén que deseaban abortar. Se las asistía con información y, luego, se llevaba a cabo el posterior acompañamiento telefónico durante la situación de aborto con medicamentos propiamente dicha.

Posteriormente, y por iniciativa de las mismas activistas, se dio origen a una red nacional que se llamó Socorristas en Red (SenRed).

El dispositivo Socorro Rosa tiene cuatro momentos claves: la llamada telefónica, el taller, el acompañamiento y el posaborto.

El proceso es muy parecido en todas las regiones del país y cuenta con acuerdos políticos básicos entre las diversas grupas que lo componen, para después imprimirles características locales, dada la diversidad de situaciones que se dan en nuestro país con relación al cumpli-

---

<sup>3</sup> La historia detallada sobre el Socorro Rosa, sus antecedentes y particularidades, está relatada en el apartado correspondiente a las entrevistas en profundidad, ya que forma parte de esa guía de entrevistas.

miento de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), relacionadas con cuestiones históricas, culturales, religiosas, organizacionales, políticas, técnicas, de infraestructura, geográficas, etcétera.

#### 4.1.2.4 La llamada

Cada grupa debe tener una línea telefónica, y esos números se difunden públicamente. Allí se establece el primer contacto de quienes acuden; este se considera un momento clave por el alto compromiso emocional que supone para todas las partes involucradas.

El acuerdo político nacional es que el número debe ser público y difundido ampliamente. Es claro que la llamada es imprescindible y es una decisión política que sea de esa manera el primer encuentro. Sin embargo, existen situaciones en provincias conservadoras en las que tener una línea pública es un riesgo.

*“También teníamos nuestros miedos acá. Hay mucho antiderecho y se pone muy heavy, muy violentos. También sabemos que parte de la dirigencia política está en contra, y lo manifiestan bastante. Entonces, empezamos mediante conocidas” N., Formosa.*

*“Tenemos la decisión política de difundir los números” S., Chubut.*

*“Esos números están publicados en toda la red en toda Argentina, para que las personas puedan llamar y acceder a información segura” M., Río Negro.*

Otro de los acuerdos explícitos es que la persona que llama debe ser quien va a abortar, aunque en el primer contacto haya llamado una amiga, la pareja, la madre, etcétera.

*“Si se comunican por una red social les pedimos que llamen a nuestro número” A., Neuquén.*

*“Siempre las otras instancias o redes son para una primera comunicación para coordinar el horario. Pero lo que lleva al encuentro cara a cara, a que se haga realidad el taller, es a través de la línea telefónica” M., San Luis.*

*“Se tiene que contactar la mujer; quien atiende tiene que hablar con la mujer que va a abortar. Si bien por primera vez a veces llama una amiga, llama la madre, la hermana, la pareja, en algún momento sí les pedimos hablar con esa mujer” L., PBA.*

Las mujeres y personas gestantes llaman a ese teléfono y se encuentran con una voz amigable con la que pueden hablar tranquilas. Reciben información y, a su vez, contestan algunas preguntas sobre su situación. Algunas preguntas se refieren a cuestiones clínicas básicas, como la fecha de la última menstruación o si tiene confirmación del embarazo o ecografía, y otras tienen que ver con cuál es su situación familiar, qué piensa o cómo puede enfrentar ese momento, si es una decisión libre y personal, si no está bajo presión. Se le pregunta también con quién vive, quién sabe de la situación y con quién la va a transitar.

Este primer paso del socorrismo, la llamada, además de todo lo antedicho cumple varios objetivos y uno de ellos es programar un encuentro, llamado por todas como “taller”.

*“En ese primer contacto se calman los miedos, se genera un vínculo de confianza. Se calman ansiedades” M., Río Negro.*

*“Se canaliza la angustia” B., Río Negro.*

*“En el primer encuentro preguntamos por la fecha de la última menstruación, si tiene cesáreas, si tiene ecografía... pedimos esos datos y luego coordinamos el taller o el ‘segundo momento’” B., Río Negro.*

*“Tenemos una primera conversación donde vemos cómo confirmar el embarazo, cuál es su contexto y algunas otras cuestiones a tener en cuenta y coordinamos para un taller” D., La Pampa.*

*“Necesitamos saber que es una decisión que está tomando ella. La telefonista muchas veces detecta situaciones violentas, u otros condimentos, es una percepción que desarrollamos” B., Río Negro.*

Podemos ver que muchas eligen ser telefonistas y que se consideran experimentadas para detectar situaciones de alarma o para calmar ansiedades. Luego, en cada grupa se organiza el tema de los llamados de distintas maneras, según sus posibilidades. Por ejemplo, en algunas hay personas que solo son telefonistas, en otras se turnan para ocuparse de la primera llamada, o también participan en otras actividades del socorrismo como talleres o acompañamientos.

Además, en algún momento se recibieron aportes económicos de un proyecto de apoyo: “Vivas nos queremos: apoyando las estrategias del movimiento feminista para la autonomía corporal en Argentina”, del Fondo de Mujeres del Sur. Este permitió que en seis colectivas haya una o dos telefonistas que reciben una paga para estar disponibles en un horario amplio durante todos o casi todos los días de la semana.

Se plantea que la división de roles, dentro de las grupas en las que pudo hacerse, potenció el rol de las telefonistas y permitió nuevas incorporaciones.

*“Es algo muy sencillo y lo enseñamos así. De hecho, muchas socorristas han sido socorridas por nosotras, y como recibieron ese alivio también les es sencillo transmitirlo. Es como un alivio, como decir ‘no pasa nada’” M. I., Neuquén.*

*“Hay también un montón de saberes que se construyeron para las telefonistas, con informes; se armó ahí una cuestión de saberes*

*específicos para quien atiende el teléfono, que son muy importantes” A., Río Negro.*

*“Yo soy una de las telefonistas, y después mi otra compañera. Tenemos un cronograma mensual para hacer los talleres” M., Entre Ríos.*

*“Doce horas por día lo tenemos prendido” G., PBA.*

*“Le preguntamos si necesita información para ella, y si nos dice que sí, en ese primer contacto le preguntamos si confirmó el embarazo, cómo lo confirmó, con quién pudo hablar de la situación, quién más sabe, si está acompañada. Indagamos bastante sobre esa situación de cómo viene el tema de saber o no saber y si la persona está segura de la cantidad de semanas que tiene, y si ya tomó la decisión y todo, se pacta un encuentro presencial” C., Río Negro.*

*“Hay una puesta en contexto que hace que siempre los acompañamientos sean distintos y que cuando nos olvidemos de esas preguntas que no son de rigor ponle de la Protocola pero son de rigor para planificar un aborto acompañado, decís pero cómo no le voy a preguntar con quién vive, esas son fundamentales” N., Misiones.*

#### **4.1.2.5 ¿Como se sienten las socorristas en ese primer contacto?**

En relación con los modos en que se organizan los socorros, también se preguntó por las sensaciones que prevalecen en las socorristas al momento del primer contacto con las mujeres y personas gestantes que

solicitan el acompañamiento. Para orientar la respuesta, se propusieron algunas sensaciones, que las entrevistadas podían seleccionar y ampliar, describir, profundizar. Las sensaciones que se listaban como opciones eran: *ansiedad, orgullo, cansancio, satisfacción, pena, empatía, incertidumbre, otros*. Las socorristas entrevistadas mencionaron la mayoría de las sensaciones listadas para describir los sentires en ese primer contacto. Ese momento fundante, en el que las mujeres y otras identidades con capacidad de gestar deciden interrumpir su embarazo, y acuden al teléfono para establecer contacto con alguna integrante de la grupa, es constitutivo del acto de acompañamiento, y en los sentires mencionados, seleccionados, enfatizados, se juega esa constitución. Las sensaciones con mayor cantidad de menciones fueron *empatía, ansiedad e incertidumbre*. Con distintos significados, estas prevalecen a la hora de describir qué sienten, qué emociones surgen, cómo se va construyendo el acompañamiento en cuanto soporte emocional, de contención y de cuidado. También se destacan *orgullo y satisfacción* como sensaciones que rodean la experiencia y consolidan el socorrismo como práctica política. La *empatía* se seleccionó con frecuencia entre las socorristas entrevistadas; el sentido que adquiere en el contexto del acompañamiento es objeto de polémica e interrogantes. La empatía surge como el sentido con que se nombra esa sensación de consustanciarse emocionalmente con el momento por el que pasa la persona que decide abortar, con la situación de vulnerabilidad que atraviesa y también con el valor y la fuerza que la moviliza a tomar la decisión.

*“En general es empatía el sentimiento. Pienso en la necesidad que las mueve y eso, es como que ellas están, la mayoría, están solas, la mayoría no tienen recursos. O las adolescentes están ante la inminencia y el gran problema que les va a cambiar su vida, que las va a arruinar. La empatía ante esa situación de horror que la mayoría expresa, eso es en general el sentimiento” M., Chaco.*

*“La empatía por esa situación contextual que está atravesando esa mujer en ese momento preciso. Más que ahora, digamos en este tiempo es que los llamados se extienden un montón. Y en esos llamados de ida y vuelta, de poder mandar mensajes, o de poder recepcionar el llamado a la hora que pueda, digamos, esa mujer, me parece que nos está encuadrando en una situación que está viviendo” M. E., Entre Ríos.*

*“Después sí, cada caso particular, porque muchas chicas nos cuentan... algunas no son muy comunicativas, pero algunas nos cuentan todo el contexto. Y sí, me genera empatía, obviamente porque están en situaciones muy difíciles, de violencia o de todo lo que se puedan imaginar, entonces sí me genera empatía” S., Corrientes.*

Es necesario destacar que, en muchas respuestas, las entrevistadas optaron por seleccionar *empatía* casi instintivamente y no ampliar o desarrollar el sentido del término. Por otro lado, en algunas respuestas se la menciona, pero con salvedades y aclaraciones que indican complejidades y resistencias con el término, sobre todo con sus implicancias políticas.

En las respuestas en que seleccionaron *empatía*, también aparecen *ansiedad* e *incertidumbre* como sensaciones asociadas al momento en que se establece el primer contacto y el comienzo del vínculo con la persona que solicita el socorro.

La *ansiedad* se explicita como un sentir que moviliza inseguridades, imaginarios, trayectorias y características o rasgos de personalidad de las socorristas que se manifiestan en ese momento inicial. Junto con la *incertidumbre* dan cuenta de la intensidad y el compromiso que hace al dispositivo y a la configuración de la red. Una red de acompañamiento que emerge desde los saberes y conocimientos conquistados en la experiencia y que, como construcción colectiva, no está exenta de marchas

y contramarchas, preguntas, miedos y batallas que se condensan en esas sensaciones.

*“Primero que todo ansiedad. Siempre me da mucha ansiedad poder hacer todo. Que no esperen, que no pase tiempo, que no se sientan solas, que no sientan que no estoy respondiendo, que bueno, que no sientan que... Me genera ansiedad” S., Corrientes.*

*“Primero ansiedad e incertidumbre, pero creo que tiene que ver con mi personalidad, es una responsabilidad, hay como un primer encuentro” D., PBA.*

*“Cuando recién empezaba, hace algunos años, sí me aparecía más ansiedad porque desconocía el procedimiento, porque también, como muchos, como la mayoría de la sociedad, tenía las mismas ideas o imaginario en relación con el aborto. Entonces pensar que una mujer podía poner en riesgo su vida por un aborto también era una idea previa que yo traía, y que entonces me tomó tiempo sacarme eso para que la ansiedad fuese menor” M., Río Negro.*

La *incertidumbre* en la expresión de las entrevistadas refleja también lo que sienten ante la diversidad de contextos y situaciones que relatan las personas que solicitan el acompañamiento. Algunas de las socorristas entrevistadas asocian momentos de mayor incertidumbre cuando el acompañamiento lo solicitan adolescentes y también cuando se acompañan situaciones de interrupción en el segundo trimestre.

*“Particularmente, yo acompaño mucho 2T,<sup>4</sup> entonces ahí sí, digamos, cuando me tocan niñes, niñas, niñes adolescentes o 2T, o las*

---

<sup>4</sup> La abreviatura alude al segundo trimestre del embarazo y es usado así por las entrevistadas.

*dos cosas juntas... sí da mucha incertidumbre. Y la empatía, digamos. Y a veces, a veces no, no sé si es miedo, pero quizás la incertidumbre” N., Misiones.*

*Satisfacción y orgullo* fueron sensaciones mencionadas en la mayoría de las entrevistas realizadas. Estas revisten un sentido de pertenencia, de afirmación política, de práctica feminista. El *orgullo* invade el momento del primer contacto porque las socorristas sienten y piensan que, una vez más, el acontecimiento de ese llamado, de ese contacto, afirma la posibilidad genuina de decidir un proyecto de vida sin mandatos, sin violencias. Un llamado más es resistencia, es la posibilidad de quebrar el orden patriarcal. Y la satisfacción emerge en ese sentir y en esa comprensión que también comporta aprendizajes compartidos.

*“Una sensación recurrente es de satisfacción. Es como una situación, es como una sensación de satisfacción de haber podido. Cada aborto que se acompaña es la satisfacción de haber podido participar de un acompañamiento donde una persona decidió sobre su vida, sobre su proyecto de vida y su futuro también, ¿no? Porque el no maternar en ese momento es una decisión, pero también es una sensación de satisfacción personal de lo que ese acompañamiento me aportó” C., Río Negro.*

*“Orgullo también es un poco; en el sentido no de orgullo por lo que una hace sino de orgullo por poder estar ahí en ese momento que esa persona logra dar con nosotras, tan complejo a veces. Y poder tirar una mano ahí es como: ‘Ay, qué alivio. Qué bueno que esa piba, qué bueno’. Eso es, qué bueno que haya llegado” E., PBA.*

A las sensaciones seleccionadas, *satisfacción y orgullo*, se suman de forma espontánea: *alivio, tranquilidad, alegría, entusiasmo y agradeci-*

miento, que pueden encuadrarse en la opción “otras”. Todas las mencionadas fueron expresadas por las socorristas –independientemente de las listadas en la pregunta estructurada– para describir lo que activa ese primer contacto: afirmar la práctica feminista de abortar en red con otras, saberse fundadoras y constructoras de una trama y una acción revolucionaria, que “multiplica el poder de las mujeres y otros cuerpos gestantes que decidan hacerlo” (Rosso, 2019: 67).

*“Prevalece esto del entusiasmo, de acompañar a una más, que va a comprender que está en su legítimo derecho de decidir sobre cuántos hijos criar, cuántos parir o no” M., San Luis.*

*“Alegría un poco de poder ayudar, pero también de la red que se genera. Siempre las mujeres que se comunican es porque entablaron contacto con alguien más, es una amiga que les pasó el número, es una prima, es la mamá, es la hija. Y cada llamado es porque el número se difundió de alguna forma, entonces está llegando y eso es bueno” S., Chubut.*

#### 4.1.2.6 El taller

El taller es un encuentro grupal cara a cara en el que se busca promover lo colectivo y quitar la culpabilización y el estigma, dar valor a la compañía y al cuidado. A su vez, es un momento de intenso intercambio de información.

La mayoría de las veces, antes de la situación de aislamiento debida a la pandemia, las activistas lo hacían en sitios públicos, como plazas, confiterías, clubes, centros culturales, etc. También prestan sus espacios para estos talleres presenciales algunas organizaciones gremiales y otras de la comunidad.

Cada grupa organiza el encuentro según sus posibilidades en cuanto a los días, horarios y frecuencia de los talleres. Es en ese momento cuando se aporta información concreta, con todos los pasos del aborto en un

folleto impreso, escrito de manera muy clara y basado en la guía clínica de la Organización Mundial de la Salud (véase el apartado “El folleto”).

Se busca también tener más información sobre las personas y acerca de cómo y dónde tienen pensado tener el aborto, así como hacer arreglos con quienes se encargarán del “acompañamiento”.

Según ellas mismas, el hecho de que sea grupal permite que se compartan experiencias, de modo que las personas no sientan que son las únicas que están en esa situación.

El aporte de los talleres aparece muy rico en términos de prácticas feministas, colectivas, liberadoras y revolucionarias.

*“Lo más importante del dispositivo es que nos encontramos mujeres de distintas trayectorias, edades, de diferentes pertenencias sociales o socioeconómicas, vinculaciones con la maternidad y motivos por los cuales abortar, y nos encontramos ahí en un plano de posibilidad de hablar del aborto” G., Río Negro.*

*“No nos encontramos ahí a hablar de cualquier práctica social, sino de una práctica que tiene el estigma, digamos, de estar penalizado. [...] No jerarquizar, porque por ahí pasa, como ‘no es que yo tengo un montón de hijos’ [...], y otra que dice ‘no, yo quiero terminar de estudiar’. Que no haya uno que esté más ponderado que otro como ‘un buen motivo para abortar’. Y yo creo que ese es un trabajo socorrista muy interesante” G., Río Negro.*

Dentro de las cuestiones prácticas a resolver se usa el taller para la entrega de medicación en caso de ser necesario y se usa la instancia para llenar la “Protocola”<sup>5</sup> (véase más adelante la descripción).

---

<sup>5</sup> “Protocola”: femenino de *protocolo*. Se refiere al documento con datos para la sistematización de la tarea.

*“Los llamamos talleres grupales, y vamos en dupla” D., La Pampa.*

*“Prepandemia nos anotábamos en tres o cuatro talleres semanales para darlos en plazas y centros culturales, entonces cada persona que llamaba podía elegir en qué día y qué horario le quedaba más cómodo para venir al taller” M., Río Negro.*

*“Siempre intentábamos ser dos en esos talleres. Ahí conocíamos a las personas, charlábamos un poco, les explicábamos cómo usar de manera segura el misoprostol” N., Formosa.*

*“También se ven las cuestiones legislativas, se ve el tema de los procedimientos de aborto medicamentoso” S., Chubut.*

*“Dos socorristas. Siempre buscamos que se reúnan dos o tres personas que se comunican, mujeres que se comunican para abortar. Les explicamos esto, que tiene que ver con sacar el aborto del tabú, con sacar el aborto del silencio, con sacarlo del ámbito de lo privado, con poder ponerle palabras, compartir con otras. Les explicamos también que ese taller dura entre una hora y una hora y media, que vayan con tiempo, digamos, que no estén apresuradas, que tengan en cuenta que para nosotras también es una disposición de tiempo, de energía, y que nos organizamos también para el socorro” S., Chubut.*

*“Generalmente dos socorristas. Contábamos quiénes somos, lo que hacíamos, por qué, hacíamos como una pequeña historización de la red. Les explicamos el protocolo que nosotras seguimos, más allá de seguir el protocolo de la Organización Mundial de la Salud, también teníamos en cuenta el protocolo ILE del Ministerio de Salud, y también la experticia nuestra...” L., Córdoba.*

*“Que para nosotras es importante que ellas lo transiten lo más tranquilas posibles, que no estén al salto con otras situaciones, a cargo de los hijos o escondiéndose, o que se va a hacer de noche y que vive muy lejos del hospital, bueno, todas esas cosas” C., Río Negro.*

*“A veces ahí es el espacio donde muchas dicen o que no estaban acompañadas, que no lo pudieron hablar con nadie, por ejemplo, cuentan ahí en ese espacio que estaban en contra del aborto” C., Río Negro.*

*“Y otra característica propia también es que acá las comunicaciones son muy complejas” A., Río Negro.*

*“Siempre que se pueda priorizamos tener el taller, siempre. Pero eso a veces nos implica a nosotras movernos, ir nosotras adonde viven las mujeres, donde están las mujeres” A., Río Negro.*

*“Presencial, porque esa también es la característica de mi historia, de lo que es para nosotros un acompañamiento feminista de un aborto, poder encontrarnos cara a cara, poder conversar tranquilamente con las mujeres, ponernos a disposición. Y esa disposición también a veces es una disposición hasta corporal, entonces eso es posible en un encuentro cara a cara” A., Río Negro.*

*“Para que la persona que necesita la información sienta que hay un grupo, que no somos dos contándonos intimidades, sino que hay un proceso de socialización en ese encuentro, que hay otra u otre que está escuchándonos” E., PBA.*

*“En ese taller leemos el folleto, tratamos de que esa lectura sea una lectura compartida, que no sea una lectura tipo transmisiva [...]. Tratar de darle la palabra, si alguna quiere leer, ir haciendo partes, preguntando, hay cosas, hay detalles que es necesario remarcarlos porque el folleto, que seguramente ustedes lo conocen, es bien sencillo, no tiene ninguna complicación” E., PBA.*

*“Un taller que lleva más o menos unas dos horas, donde les contamos cómo sería hacerse un aborto con pastillas de modo seguro en la casa, y ahí también intentamos generar complicidad y acompañamiento en estos términos de ‘vamos a construir juntas’; cuándo va a ser el momento del aborto, con quién más va a estar, de dónde más vienen sus propias redes, si lo pudo hablar con alguien o no, cuáles son sus miedos” L. P., PBA.*

#### **4.1.2.7. Información brindada en los talleres**

En este ítem, la pregunta semiestructurada realizada por las investigadoras fue: ¿Qué tipo de información priorizan en las entrevistas previas a la interrupción del embarazo? Se brindaron las siguientes opciones: información centrada en el procedimiento de aborto; información centrada en los cuidados a tener en cuenta en el procedimiento; información centrada en el procedimiento de acompañamiento, u otros.

Las socorristas coincidieron en señalar que brindan información sobre todas esas opciones, que identifican como la parte más “técnica del taller”, en la que comparten en un folleto la información que sistematizaron, y que se distribuye en todos los talleres de la Red. La información está vinculada con el procedimiento de aborto, la medicación, los cuidados a tener en cuenta al momento del procedimiento, las alertas y la importancia del acompañamiento. Pero, a su vez, las socorristas subrayaron que trabajan en otro aspecto que consideran muy importante y que identifican como lo “emocional”. Son los sentimientos y las sensa-

ciones que surgen a partir del intercambio que se genera y de las situaciones de contexto individuales de cada una de las personas que asisten al taller.

*“El espacio del taller tiene cierta metodología donde compartimos un folleto con información concreta de cómo sería ese aborto, pero lo que intentamos ahí es darle una impronta feminista que es pensar en esos cuidados más básicos, para que la escena del aborto, como a veces decimos, sea cuidada para esa mujer o esa persona” M., Río Negro.*

*“Al taller podés ir, y una vez que estés con la información, con esa información, a partir de ahí podés decidir si estás segura, o cuáles son tus miedos, y a partir de ahí tomar una decisión. Le damos esa posibilidad. Si querés vení, sacate las dudas, sacate los miedos, y a partir de ahí charlamos respecto de la decisión. Eso también baja un montón la ansiedad, porque lo primero que surge es el miedo: ‘Me voy a morir, me voy a morir desagrada’” B., Río Negro.*

*“Generalmente en la primera entrevista están todas las preguntas y todo ese conocimiento contextual de la mujer, la estrategia, digamos, de cómo va a ser ese aborto, la información de cómo abortar y los cuidados para tener en cuenta. A veces después de eso se tiene que volver a revisar, pero el procedimiento no aparece sin cuidados” D., La Pampa.*

Para las socorristas, es importante brindar información científica sobre la medicación y dar todos los detalles acerca del procedimiento del aborto. Señalan que esto genera una “mayor seguridad” en las personas que van a abortar. Sin embargo, también resaltan que el acto de “acom-

pañar” es importante al momento de la práctica del aborto y por eso hacen hincapié en ese aspecto.

*“Básicamente lo que queremos es que reciba esa información, porque sabemos que cuando reciben la información se sienten más seguras, y bueno, obviamente que se sienta acompañada sabiendo que no está sola y que somos muchísimas acompañándola” D., La Rioja.*

*“Trato que el taller sea también una apuesta no solo a que la persona pueda tener lo que necesita en términos de la información para abortar, sino información para abortar no de cualquier forma, sino de una forma cuidada, amorosa. Yo le pongo bastante atención en el taller a qué pasa en términos afectivos y en términos psicofísicos, emocionales, durante el uso de la medicación” E., PBA.*

Otra información que también se brinda en el taller está vinculada con la salud sexual y reproductiva de quienes asisten.

*“En el taller nosotras les explicamos que inmediatamente después de haber terminado el aborto pueden iniciar con un método anticonceptivo” L., Córdoba.*

*“Hablamos del cuidado de la salud, se maneja mucho contenido de ESI en los talleres” M., San Luis.*

*“En el momento del taller, nosotras ahí compartimos la parte de..., por ejemplo, que la anticoncepción pueden empezarla inmediatamente después de realizar el aborto; eso lo aclaramos ahí, siempre en tono también de recomendación y de compartir infor-*

*mación porque nuestro folleto dice que tienen que ir a un control post” Y., San Juan.*

Por otra parte, hay una instancia más individual en la que completan lo que las socorristas llaman la “Protocola”, una planilla en la que se incluyen datos personales de las personas que abortan y que les permite diseñar una estrategia concreta de acompañamiento, de acuerdo con las realidades de cada una.

*“Una vez que hacemos todo el repaso del folleto con el instructivo del uso de la medicación, ahí hacemos como una parte más individual, o ahí ocupamos los espacios que tenemos disponibles dentro del local y nos vamos cada una con una mujer a un lugar más apartadito para poder llenar la Protocola. Y ahí tenemos como una charla más individual, y llenamos la Protocola y tratamos en esa parte más íntima de consultar algo, en lo posible, sobre el contexto, con quién vive, con quién va a estar, quién la va a acompañar, si está en un contexto que la acompaña o si hay que armar alguna estrategia para que ella pueda estar en un lugar acompañada de alguien que sí esté acompañando” C., Río Negro.*

Para las socorristas, la instancia del taller presencial es fundamental. Significa el momento de encuentro entre las personas que desean abortar, el intercambio de sentimientos y el empoderamiento. Un espacio compartido e íntimo al mismo tiempo. Por lo general, al espacio solamente acuden las personas que van a abortar, con las socorristas que coordinan el taller. A veces permiten que alguna persona acompañe.

*“Encuentro en el que tratamos de que sea una práctica de empoderamiento, de soberanía sobre los cuerpos, de sacar los mitos que hay sobre el aborto, de poner sobre la mesa cuestiones como las*

*decisiones personales, como 'qué sentís vos con la maternidad'. Bueno, un montón de cosas que por ahí en otros lugares no circulan; ese discurso entonces es un momento bastante importante"* L., PBA.

*"Siempre pedimos, sobre todo cuando los talleres son grupales, que solamente asista la persona que va a realizar el procedimiento; sobre todo apuntamos a que no haya hombres" P., Tierra del Fuego.*

*"Esos talleres son grupales. No hacemos particulares, también porque pensamos que compartir con otras que también van a abortar, sus motivos, sus sensaciones, también habilita ahí otras conversaciones que si fuesen espacios individuales no se darían"* M. V., Río Negro.

Es importante señalar que, en la etapa de aislamiento preventivo y obligatorio, producto de la pandemia del covid-19, las socorristas se vieron obligadas a reconfigurarse y a reemplazar el espacio del taller. El llamado telefónico pasó a tener mayor relevancia y, en algunos casos, se generó una interacción más estrecha con los médicos y las médicas del sistema de salud. La actividad de las socorristas quedó más vinculada al acompañamiento y al diseño de las estrategias para el aborto.

*"Ahora en pandemia, no sé, tendría que pensar si antes pasaba tanto, pero por ahí la información más de la medicación, cómo en general las pibas llegan... Cruzamos el acompañamiento con la médica, y van, y ella les explica [...] '¿entendiste cómo te explicó la médica, tenés alguna duda de eso?', y bueno, ya después fluye lo otro, digamos"* N., Formosa.

#### 4.1.2.8 El folleto

Como insumo para los talleres las socorristas usan dos folletos elaborados cuidadosamente, uno referido al aborto, con los dos esquemas terapéuticos recomendados por la OMS: uno con dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) y otro con una sola droga (misoprostol). En ambos casos el folleto está dividido en cuatro partes.

En la primera, se trata de responder a la pregunta: ¿Cómo hacerse un aborto seguro con pastillas? Se describe con todo detalle cómo se usan las drogas, las vías de administración, las dosis y la posología, dividida en tres pasos. Se informa en forma sencilla, además, el mecanismo de acción y la proporción de fallas del método.

En la segunda parte, la pregunta es: ¿Qué vas a sentir? Ahí se informa sobre cuáles son los síntomas esperables durante el proceso de expulsión y cuáles son los tratamientos de los síntomas colaterales, como el dolor o las náuseas. Se recomienda además no consumir alcohol u otras sustancias para estar atentas a los síntomas de alarma.

En la tercera parte, se responde a las preguntas: ¿Qué te va a pasar? ¿Cuántas semanas de gestación tenés? ¿Cómo sabés si abortaste? Allí se refiere a los síntomas propios de la expulsión, como las contracciones y el sangrado y su magnitud, y acerca de la edad gestacional, y también que podría observar la persona al expulsar, según las semanas de gestación.

En el cuarto espacio, se responde fundamentalmente a la pregunta: ¿A qué síntoma tenés que estar alerta? Se detallan entonces los signos de alarma y se indica cuándo existe la necesidad de consultar al médico o concurrir a un centro asistencial, las precauciones antes de abortar y las contraindicaciones.

Cuando existe riesgo de embarazo después de un aborto, se sugiere tener una consulta posaborto para elegir un método anticonceptivo. Por último, se recomienda a las mujeres y personas gestantes organizarse para la legalización del aborto.

#### 4.1.2.9 El acompañamiento

Luego de la llamada y el taller, llega el momento del aborto, el momento en el que las mujeres y personas gestantes usan la medicación según las indicaciones recibidas. Se lleva a cabo el proceso en el lugar, el horario, las circunstancias y con la compañía que han elegido para llevarlo a cabo.

Cada persona que va a ser socorrida se va del taller con el teléfono de la socorrista que la va a acompañar en el proceso.

*“Acompañamiento en términos de ‘vamos a construir juntas’: cuándo va a ser el momento del aborto, con quién más vas a estar, de dónde más vienen sus propias redes, si lo pudo hablar con alguien o no, cuáles son sus miedos” M., Río Negro.*

*“Entonces le damos un número de teléfono al que esa mujer o esa persona va a poder comunicarse para decir ‘ya empecé con el tratamiento’, cómo se va sintiendo, qué síntomas ocurren de los que ya conversamos y qué otros síntomas diferentes, mientras está usando el medicamento en la casa” D., PBA.*

*“La comunicación con las mujeres cuando estamos acompañando es también una complicación que debemos tener en cuenta, mucho; que pruebe la señal, dónde tiene señal, si se queda en la casa de una compañera. O sea, todo lo que tenga que ver con el soporte material que posibilita el acompañamiento telefónico, que es el acompañamiento que mayormente hacemos dentro de la red de socorro en todo el país; tiene sus aristas particulares en un lugar donde las señales son muy complejas y que la gente vive en lugares muy alejados también, porque hay mucha comunidad rural, entonces eso también, ¿no? Hay mucha gente que vive en parajes o pueblitos” A., Río Negro.*

*“Me genera como una sensación de estar muy focalizada en la tarea, o sea, es como que en el momento de estar atendiendo el teléfono o estar acompañando, me ocupa toda la atención esa situación” A., Río Negro.*

*“Pero sí, es una tarea que consume mucha, o que una le pone mucha, dedicación. Mucho compromiso, porque cualquier cosa que una diga en esa situación tan no sé, qué sé yo, a veces angustiante o preocupante que está pasando la otra persona, por ahí puede aumentar esa angustia o esa preocupación” A., Río Negro.*

*“Cuando ellas ya empiezan es cuando les recuerdo bien que tengan las toallitas, el ibuprofeno, el reliverán. Que el paso dos lo tienen que hacer a tal hora y que el ibuprofeno y el reliverán lo tienen que tomar a tal hora” A., Río Negro.*

*“En cualquier momento que una persona tenga un ataque de ansiedad y quiera saber algo, que escriba y se la va a acompañar hasta después de la expulsión del aborto; posicionar desde sus fortalezas y no desde una posición más bien de víctima” M., PBA.*

En este momento es clave la compañía y contención que las socorristas brindan desde el teléfono y la posibilidad que tienen de intervenir ante alguna complicación.

Todo el proceso, que incluye la llamada, el taller y el momento del aborto, sin duda constituye un “acompañamiento”. Pero en el momento del proceso de aborto en sí mismo, la presencia de alguien al teléfono según las necesidades contribuye fuertemente a la seguridad del aborto con medicamentos en cuanto a la posibilidad de complicaciones, y también al éxito en cuanto a la finalización del proceso (en términos de eficacia) con la expulsión completa del producto de la concepción. En

definitiva, este “acompañamiento”, con el buen uso de la medicación, tener menos temor, más confianza y seguridad, y contar con un proceso estandarizado, contribuye sin dudas al bienestar de cada mujer y persona gestante que aborta en estas circunstancias, de modo que el procedimiento es más seguro.

#### **4.1.2.10 El posaborto**

La estrategia de proponer a las mujeres que hagan un control médico posaborto es considerada por las organizaciones como una apuesta política a interactuar con el sistema de salud, ya que para la atención del posaborto no deberían existir excusas por parte del sistema de salud, en el sentido de no poder atender o tener objeciones para atender esa situación clínica en una guardia o un consultorio.

La atención del posaborto tiene objetivos específicos, desde el punto de vista médico, ampliamente difundidos en nuestro país, para los que el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) tiene guías y protocolos de atención desde el año 2005. Esto sin duda refuerza que el sistema de salud debe hacerse cargo de esta situación y que es una oportunidad de interacción y comunicación.

El control médico posaborto se hace en el sistema de salud, para situaciones pendientes y sobre todo para la anticoncepción. Ir o no ir al control posaborto en el sistema de salud queda por supuesto librado a la voluntad de las mujeres, aunque se recomienda fuertemente.

Lo que sí existe siempre para cerrar el acompañamiento es un llamado para completar la Protocola y obtener datos de cómo terminó el proceso.

*“No, jamás dejamos de hablar, no es que se deriva, no, no es que se les consigue un turno, se trabaja articuladamente” M., Catamarca.*

*“Y se la va a acompañar hasta que, después de la expulsión del aborto, vaya al sistema de salud y haga su control y elija su método anticonceptivo, y después de ahí sí desarmamos el grupito” L., PBA.*

*“Tenemos un listado de médicos que llamamos ‘amigables’, que según dónde viva la mujer, y según si tiene obra social o no, se evalúa qué números telefónicos darles para que vayan y, bueno, ahí ellas hacen su trayectoria por salud y nosotras nos comunicamos para ver si se hicieron el control o no, y terminamos ahí de llenar la Protocola” G., Río Negro.*

*“Si ellas deciden o no seguir comunicándose, digamos, que no es que te lo verbalizan necesariamente, sino que dejan de comunicarse, no te escriben, sucedía a veces. Quizá ahora se sienten más seguras, digamos, también en relación con haber ido a ver un médico en un consultorio” N., Misiones.*

*“Por último, el post, hacemos un seguimiento post. Cómo se sintió, si tuvo que recurrir a la guardia y, si es así, cómo fue tratada, si fue a una guardia privada, si fue al sistema público, cómo la reciben” M., Chaco.*

#### **4.1.2.11 Relación con el sistema público de salud**

Un objetivo muy importante de este estudio es describir las percepciones que tienen las socorristas de su relación con los sistemas de salud público y privado, para así caracterizarlos desde la mirada de personas, mujeres, activistas feministas que trabajan y ofrecen generosamente su tiempo y energía para mejorar, cuidar y atender, confortar, acompañar a mujeres y personas gestantes en situación de aborto. Las propias socorristas han producido evidencia sobre esta relación, los

vínculos y las articulaciones con los equipos de salud (La Revuelta y Paz Frontera, 2019).

Hay dos situaciones en las que el vínculo se hace más patente y que, por otra parte, son una apuesta política del socorrismo para generar una articulación con los sistemas de salud. Una de ellas es el cuarto paso del proceso, el control posaborto, en el que animan y promueven que quienes abortaron concurren al sistema de salud para un control médico y, mucho más importante, para la anticoncepción posaborto. La otra situación es la oferta, en la llamada, de la opción de concurrir al sistema de salud para obtener una ILE, máxime en aquellas personas que tienen una causal de aborto que, en el imaginario médico hegemónico, debería ser imposible rechazar, como una violación o una causal de salud física grave.

Los datos se tomaron en entrevistas semiestructuradas, para las cuales diseñamos una planilla en la que esta información se tomó a partir de una respuesta de opciones múltiples que luego se abrió a comentarios. Se hicieron dos idénticas preguntas, por separado; una sobre el sistema de salud público y otra sobre el sistema privado, y las opciones de respuesta fueron las mismas.

Las opciones para la pregunta ¿cómo describirías el vínculo con los equipos de salud del sistema de salud público/privado? fueron: a) Operativo, b) Fluido, c) Amigable, d) Sinuoso, e) Expulsivo, f) Otros.

Como ya fue dicho anteriormente, es importante considerar aquí las particularidades de nuestro país, su extensión y su diversidad cultural. Hay enormes diferencias entre los sistemas de salud provinciales, las realidades e incluso los marcos normativos y las culturas institucionales.

En términos cuantitativos las dos respuestas más frecuentes fueron “Depende” (esta respuesta se dio en el marco de la opción de respuesta “Otros”) y “Sinuoso”.

La característica más sobresaliente de ese vínculo justamente refiere a la palabra “Depende”, y remite a la diversidad de ámbitos de salud, de provincias y de efectores del equipo de salud y del devenir del contexto histórico.

En definitiva, lo que prima es la diversidad, aunque con el tiempo los hitos históricos, como el fallo F.A.L. y los sucesos de la “Marea Verde” y la aprobación en diputados de la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2018, más algunas de las políticas públicas que esto generó (como la aprobación de la ANMAT para la comercialización del misoprostol de 200 mg y el protocolo del Ministerio de Salud de la Nación), mejoraron en muchos casos el contexto y las relaciones y articulaciones del sistema de salud con la legalidad vigente respecto de la ILE.

*“Podríamos decir que hay una mayor garantía de derechos dentro del sistema de salud, que, por ejemplo, hace uno o dos años, cuando era mucho más restrictivo y expulsivo” S., Chubut.*

*“Pero no deja de haber algunos sectores que sí son expulsivos aún” S., Chubut.*

Desde el socorrismo se manifiesta claramente que hay una apuesta política de tener una buena vinculación con los sistemas de salud, tanto con el público como con el privado.

En esa apuesta se visualizan acciones concretas como, por ejemplo, orientar la demanda hacia servicios que no maltraten a las mujeres y personas gestantes que abortaron. En ese camino muchas generan “recurseros” que orientan a las personas hacia prestadores que no obstruyan el proceso y no las maltraten. Esto condiciona la posibilidad de cerrar la respuesta a la pregunta sobre la descripción del vínculo.

*“Lo que también sucede es esta cuestión de que nosotras sabemos a quién derivar. Entonces, si yo me baso en eso, te puedo decir que es superfluido y amigable, pero hay un trabajo previo de saber con quién” E., PBA.*

*“Intentamos ajustar ahí el filtro para que las mujeres no lleguen a los lugares donde son más expulsivos o maltratadores, sino que intentamos tener recurseros precisos, con información clara de con quién, de haber acordado antes con el área médica” S., Chubut.*

*“Creo que sí es una decisión política cuidar ese vínculo desde las socorristas” N., Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).*

*“Siento al vínculo que tenemos complejo, sinuoso; es difícil, pero lo estamos haciendo. Lo intentamos” M. E., Entre Ríos.*

*“Quienes van a cualquier centro de salud pueden encontrarse con situaciones muy violentas, entonces la estrategia, por lo general, es tratar de difundir más la línea pública y nosotras hacer la vinculación con salud” L., Córdoba.*

*“Tenemos un recursero de la ciudad y de la provincia, entonces, de acuerdo con dónde vive la persona que se comunica con nosotras, hacemos la derivación. Y muchas veces también le avisamos, no siempre, pero muchas veces, les podemos avisar a las compañeras, ya sea psicóloga, médica, médico, trabajadora social” L., Córdoba.*

La apuesta de creación y sostén del vínculo se deja ver también en la articulación no solo con equipos en el territorio, sino también con referentes provinciales y funcionarios de los sistemas de salud.

*“Directamente hablamos con la jefa del departamento, pero la realidad que vive el ministerio es muy distinta a lo que se vive cotidianamente en el hospital y los centros de salud” M., San Luis.*

*“La directora de Maternidad e Infancia tiene una postura muy ambivalente, y la verdad que en algunos momentos se ha portado muy obstructora y en otros momentos... La cosa es que el acceso es más bien dificultoso” E., PBA.*

*“Te mostraría el mensaje que tengo ahora hablando con la referente del programa de salud sexual de la región, a la que le pregunto cómo está, a quien molesto muchísimo. Ella tiene diez municipios, es encargada de los municipios, y su respuesta es: ‘Ustedes son las únicas que siempre me hacen el aguante’” E., PBA.*

Otra de las apuestas políticas según la propia palabra de las socorristas<sup>6</sup> es exigir y acompañar el reclamo de que las ILE<sup>7</sup> se resuelvan en el sistema de salud público, sin dejar de pensar el socorristismo como una salida elegible entre las dos posibles: sistema de salud o socorristas.

*“El único equipo de ILE que existe en la ciudad, del que nosotras fuimos parte fundamental en que existiera, se formó gracias a*

---

<sup>6</sup> Véase: <<https://socorristasenred.org/wp-content/uploads/2020/05/Acceso-a-Interrupciones-Legales-de-Embarazos-a-partir-de-acompa%C3%B1amientos-de-Socorristas-en-Red-en-2019.pdf>>.

<sup>7</sup> Se refiere a la Interrupción Legal del Embarazo por causales según el Código Penal argentino. Nombrada así corrientemente desde el fallo F.A.L. en 2012.

*que nosotras empezamos a recorrer las salitas y a integrar, pensar 'me parece que esta psicóloga es piola, si la cruzamos con esta médica'... y así empezó como a que se hagan amiguis" E., PBA.*

*"Fuimos encontrando a esas personas que, bueno, estaban ocupando lugares estratégicos en el sistema de salud y compartían esta visión de la garantía de derechos, de la ampliación de los derechos, y hemos trabajado juntas en eso" M., Chaco.*

*"Tenemos un montón de servicios de salud que derivan a socorristas, pero también está buenísimo porque lo que pudimos hacer es generar la derivación para que las acompañemos" M., Entre Ríos.*

*"Cuando atendemos la línea siempre la primera cosa que se les informa a las mujeres es si sabe que existe la interrupción legal del embarazo, que ella tiene derecho a ir a solicitarla si vive acá" A., Río Negro.*

*"A algunas que llegan al servicio sin pasar por nosotras, les médicas les dicen: 'Yo te voy a dar un teléfono, ¿por qué no llamás a las chicas? Porque ellas te pueden acompañar igual en el proceso aunque hagas la interrupción'. O sea que el trabajo que venimos haciendo de articulación es fuerte" A., Río Negro.*

*"Es un país de fantasía, mi compañera acá el lunes le pasa por mail a la secretaria del equipo ILE qué personas van a ir a solicitar su aborto, de cuántas semanas están; nos piden que le pase-mos nosotras, nosotras le pasamos quiénes van a ir. El miércoles normalmente la secretaria del equipo ILE llama a nuestras acompañadas y les habilita el turno para el día siguiente [...] que es*

*jueves, o si hay muchas o atienden poquitas, tipo cuatro, según la cantidad de semanas que estén, aparecen al jueves siguiente. Así funcionamos, pero con total armonía” E., PBA.*

*“Es tratar integralmente de acompañar de la mejor manera posible a todas las personas que necesiten acceder a la ILE, pero bueno, fue un trabajo largo” E., PBA.*

Tampoco es posible cuantificar la respuesta, debido a los términos en que fue planteada, por ejemplo: si el vínculo es operativo, fluido, amigable, sinuoso, expulsivo, etc. Porque la existencia o no de esta relación y su calidad dependen de muchos factores, no solo de la zona del país, aunque esta cuestión influye.

*“No hay una respuesta única porque depende la zona. Por ejemplo, acá en esta zona donde estoy yo, es expulsivo. El sistema nos expulsa, no acepta ningún tipo de articulación con socorristas y trata de que las socorridas que llegan por 0800 sin pasar por socorrismo no cuenten con nosotras, porque saben que nosotras estamos vigilando que el proceso se dé como debe ser, ajustado a protocolo, que no se las asuste” E., Jujuy.*

Una característica importante y que muestra las dificultades en la recría en el sostén de la ILE es la imprevisibilidad y la precariedad en el sistema de salud con respecto a la provisión del servicio. El comportamiento de los equipos es errático y depende no solo de la zona del país, sino también del compromiso personal e ideológico y de la capacitación de los equipos en este tema.

La existencia en un determinado territorio de equipos que proveen ILE o su sostenibilidad en el tiempo depende también de cuestiones que tienen que ver, por ejemplo, con la gestión de los recursos huma-

nos médicos. En algunos casos suelen quedar equipos desprovistos de personal idóneo y comprometido por renunciaciones o traslados, y el servicio deja de proveerse por tiempo indeterminado.

Así, se deja ver falta de capacitación y la escasez de equipos. Obviamente esta situación no es en todos lados, pero sucede en la mayoría de las provincias y en distintos distritos o regiones de las mismas provincias. Estamos en situación de decir que sucede en todo el país, en mayor o menor magnitud.

*“A mí me gusta decir, no sé, de legalidad clandestina, porque no hay políticas públicas, porque no hay protocolo. O sea, eso también... hay procedimientos que se hacen, se deshacen” Y., San Juan.*

*“Entonces es como una cosa media rara que el equipo funciona dependiendo de quién te toca” M., Chaco.*

*“Sí, centrado en las personas, claro, que cada uno decide si lo hace o no lo hace, y lo hace cuando está de humor, y si no está de humor, se vuelve objetor de conciencia de un día para otro. Eso pasa todo el tiempo” M., Corrientes.*

*“Maternidad provincial, con la que articulamos y a veces articulamos superbién, otras veces se traba todo, a veces las sentimos un poco expulsivas” D., La Rioja.*

*“Tenemos bastante articulación con el sistema de salud. Y el sistema de salud, aunque nosotras no tuviéramos articulación, es receptivo, en algunos lugares, en algunos horarios, algunas efectoras de salud. Entonces también decimos, bueno, che, si te queda cerca tal posta, tenemos como las maneras... los teléfonos para*

*poder decir ‘¿vos estás?, va a ir tal’. Digamos, toda esa red la tenemos armada si la mujer quiere ir” D., La Pampa.*

*“Vi mucha predisponibilidad de parte de los equipos, considero que son amigables y que el vínculo es bastante fluido, es un vínculo que se da bien” N., CABA.*

*“Hubo un avance y retrocesos; o sea fuimos acompañando el proceso, inclusive puede ser, hasta se puede llegar a comparar con lo que pasó en el 2018 que parecía que ya lo teníamos ahí y nos fuimos para atrás” M., Chaco.*

*“Funciona más o menos, y son los tres equipos que garantizan ILE en la provincia, o sea, es como muy poco para la demanda que hay” M., Chaco.*

*“Son solo dos salitas que hacen consejerías en ILE, de las 46” M. P., PBA.*

*“De veinte centros de salud que hay entre la zona, digamos, de la ciudad y rurales, estamos hablando de cinco” K. P., PBA.*

*“Dejó de trabajar allí y no quedó nadie como para coordinar, entonces como que estamos ahí buscando a gente no tan amigable, medianamente amigable, para poder contactar para algunas situaciones, como por ejemplo las guardias, que no se las violente a las chicas, pero no hay más que eso” D., La Rioja.*

*“Había una profesional que era la que lo hacía más operativo y amigable, pero se fue del sistema público, y por lo menos aún no hemos logrado otro vínculo” M., Catamarca.*

*“Tal o cual ginecóloga las ha recibido, les ha dado información y las ha derivado con ustedes o las ha derivado con nosotras. Les han dicho: ‘llamá a las socorristas’, sí, pero no obstruyen. Dan información y le dicen: ‘Mirá, yo no lo hago, tomá, hacete la ecografía, andá a ver el equipo social’” G., PBA.*

Desde las socorristas hay críticas respecto de los saberes médicos sobre el aborto, la información que ofrecen o que deberían ofrecer y los procedimientos utilizados en los servicios de salud para realizar interrupciones legales del embarazo. Argumentan que los médicos no conocen las dosis de misoprostol y que los procedimientos fallan con frecuencia y terminan en legrados uterinos.

También, en muchos casos, pocas veces reconocido por los profesionales, las socorristas resultan en docentes de los médicos en cuestiones técnicas referidas sobre todo al aborto con medicamentos. Refieren, además, que los equipos “garantistas” solo indican tratamientos, pero no tienen empatía con la situación.

*“Pero están haciendo las ILE, o sea, están haciendo cualquier método, pero los hacen. Empiezan con miso y terminan en legrados y así está funcionando el equipo ILE” M., Chaco.*

*“Vení, te doy las pastillas’. Ahí no hay explicación, no hay una empatía, no hay una explicación del proceso, si va a doler, si no va a doler, cuestiones por ahí emocionales que transcurren en ese momento; no hay nada” B., Río Negro.*

*“Después no sé, es como que a veces hay un afán por hacer sentir culpable a la persona, no sé. Dicen cosas innecesarias” P., Tierra del Fuego.*

*“Tampoco hay objetores, pero sí obstructoras, y con cada vez que se internan, así sea para un aborto de seis semanas, que se hace medicamentoso, lo terminan con un legrado” E. P., PBA.*

*“Esta doctora, que le costó un montón decirnos que habían aprendido con nosotras a hacer abortos, que aprendieron un montón, y que se animaron también después de vernos. Esta chica nos dijo: ‘No, si ellas lo hacen lo tengo que hacer. ¿Cómo no voy a estar acompañando con misoprostol?’. Y sí. Y ella dice: ‘Sí. Yo aprendí viendo material de socorristas, animándome, porque nadie en la escuela nos forma para hacer abortos y alguna práctica, práctica ginecológica, ¿cómo no vamos a saber?’. Pero no hay formación en eso” M., Chaco.*

*“Volviendo a la parte inoperativa y agresiva, la directora de tocoginecología les hace firmar a todos los residentes la objeción de conciencia” M., Chaco.*

#### **4.1.2.12 Relación con el sistema privado de salud y de obras sociales**

El vínculo de las socorristas con el sistema de salud privado y de obras sociales tiene diferencias respecto del descrito respecto del sistema público.

En su mayoría las respuestas fueron más estructuradas y la articulación fue rotulada, a partir de las opciones dadas para responder, como: inexistente, sinuosa o expulsiva.

En algunas jurisdicciones, muy pocas, las socorristas tienen relación con los dos subsistemas, pero siempre describen que la relación con el subsistema privado y de obras sociales es difícil o escasa.

*“Puedo hablar de una sola profesional que está en el sistema privado, y eso contestaría la pregunta” N., Misiones.*

*“Sé que es más difícil en el privado, hay algunos lazos que se van abriendo para pensar posibilidades también personales, algunas voluntades chiquitas dentro del sistema privado colaboran o aportan para poder pensar nuevas prácticas” M., Río Negro.*

En esta relación se dejan ver algunas particularidades, que no estaban en las descripciones del sistema público o que surgieron muy poco en las entrevistas, como, por ejemplo, que es muy común que desde estos consultorios privados, sobre todo de ginecólogos y ginecólogas, se les dé el número de las socorristas a las personas que desean abortar, o que se las envíe al hospital público, desentendiéndose del proceso.

*“Cuando las mujeres van y les dicen que creen que están embarazadas y quieren abortar, automáticamente les pasan nuestro número, se sacan el tema de encima y no se garantizan ILE en el sistema privado” M., Entre Ríos*

*“Nosotros no podemos. Andá al hospital’. Nosotras hemos hecho un montón de acciones diciendo: ‘la ley dice el sistema público, privado y de obras sociales’” C., Río Negro.*

*“Son los mismos viejos de siempre, y decí que mandan cuando no tienen plata. Así hay uno, ponele, que cuando la piba no le puede pagar la mandan con nosotras” M., San Luis.*

*“No les dan la información a las personas, pero les dan nuestro número” E. P., PBA.*

*“No es que les encanta tener un vínculo con socorristas, sino que las personas socorridas nos manifiestan: ‘fulana, mengana, sultana que es mi ginecóloga, me dio el teléfono de ustedes’” C., Río Negro.*

*“Lo hacen para que otros hagan un trabajo que ellos tienen la obligación de hacer y no lo hacen” E. P., PBA.*

Algo que surgió muy fuerte a raíz de la pregunta es el mal manejo de la medicación que observan cuando se realiza una ILE en el sistema privado, dando cuenta del desconocimiento de los protocolos nacionales y de la OMS. En otros casos se visualizan conductas corruptas.

*“Y bueno, este médico hacía un procedimiento pésimo, nosotras llevábamos a las mujeres a que se hagan esos procedimientos, mal, mal. Aplicaba dos vaginal, dos oxaprost vaginal, dos sublingual, y les pedía que se pongan un tampón” D., La Rioja.*

*“Les dicen, por ejemplo, que usen solamente cuatro misoprostol o seis, entonces por ahí les provoca un sangrado, pero es un procedimiento incompleto y él se asegura que esa persona vuelva a la clínica y le haga un legrado, así lo cobra” M., Catamarca.*

*“Le hemos dado toda la información que nosotras teníamos, y a partir de ese momento él coloca a su secretaria a que venda pastillas, misoprostol. En realidad, es oxaprost lo que vende. Ya nos conoce a todas así que no podemos tener contacto con él” D., La Rioja.*

*“Lo que sí recomendamos es que al no ser una persona que violenta a las pibas, cuando van a control post, que hagan ahí los controles” D., La Rioja.*

*“Nosotras no le pedimos nada al sistema de salud privado, es más, estamos a punto de denunciar a unos cuantos porque siguen vendiendo la medicación que tienen en el cajón” M., San Luis.*

A las médicas y los médicos del sistema privado que son más colaborativos se los describe, sobre todo, proporcionando ecografías y controles posaborto.

*“Decía que, por si no quedó claro, que en privado no hay ILE” N., Misiones.*

*“Empezamos a mandar a las pibas ahí, hasta que nos hemos reunido y le hemos dicho: ‘Che, dale, te garantizamos no sé cuántas ecografías por mes, regalanos un par de ecografías’. Y eso es todo el contacto que tenemos con el sistema privado” B., Río Negro.*

*“Es un centro de diagnóstico por imágenes que lo que hacen es hacer ecografías sin orden del médico, entonces eso nos facilita muchísimo” G. P., PBA.*

*“Van a los posaborto, a hacerse el control posaborto y le dicen directamente en la cara que abortaron y cómo abortaron, y entonces ahora sucede que vienen a los encuentros con nosotras que dicen: ‘No, porque yo le dije a mi ginecóloga que yo sabía que ella no estaba a favor del aborto y me dice que no, que esto es reseguro, que la medicina ha avanzado un montón” C., Río Negro.*

#### **4.1.2.13 Percepciones, sentimientos y satisfacción con la tarea que realizan**

Todas las percepciones y sentimientos de las socorristas al terminar el acompañamiento, al resolver la situación de aborto, son sentimientos positivos.

La satisfacción, alegría, alivio, felicidad, orgullo provienen, según sus respuestas, de cuestiones relacionadas con la propia existencia de este activismo feminista tan específico, el activismo de llevar a la realidad una práctica virtuosa.

*“Me parece que cada aborto que nosotras garantizamos, un aborto cuidado, un aborto seguro digamos, es una víctima menos de la morbilidad materna, digamos, por causas de aborto inseguro y también porque es una revancha, me parece a mí, una revancha a todo el sistema de mierda que dice que no podemos abortar” M. E., Entre Ríos.*

*“Como quiebre en relación con los mandatos más profundos que tenemos las mujeres especialmente, y las personas con capacidad de gestar en general” M., Río Negro.*

*“Sensación como de abrir posibilidades, de estar ahí, siendo expectante de un recorte muy chiquito de la vida de una mujer” M., Río Negro.*

*“Tal cual, sentís que abortaste vos también, te pasa eso, que abortás. Bueno, aborté una vez más al sistema, seguimos adelante. Porque estás, aparte, con todo tu cuerpo corriendo esos límites constantemente” N., CABA.*

*“Somos todas más libres a partir de que una decide también, porque esa decisión se replica después” E., Entre Ríos.*

*“Para mí es superimportante saber que estamos celebrando algo, que no estamos sufriendo algo” M. I., Neuquén.*

*“Resignificar el orgullo ahí de socorrista, a mí sí me hace sentir eso, como tranquila, alegre y orgullosa” M., Salta.*

*“O sea, cómo producir un cambio en la vida del otro y que el otro te cambie la vida a vos también” Y., San Juan.*

*“Me quedo muy tranquila al saber que hubo una persona que pudo decidir y que lo hizo de forma segura, sin arriesgarse a nada inseguro. Y lejos de todo maltrato” A., Neuquén.*

Hablan también de la emoción y de las energías que consume la tarea.

*“Es una actividad que requiere mucha energía emocional y física, y de todo un poco, digamos. Así que exhausta, que suele ser como cansada y satisfecha” A., Río Negro.*

*“Lo primero que me genera es alivio, aliviador, generalmente conmovida. Me conmueven mucho los acompañamientos. Me movilizan un montón” B., Río Negro.*

*“Siento alivio, me siento de alguna manera empoderada también, de haber tenido la posibilidad de ayudar a alguien” L., Córdoba.*

*“Yo creo que una acá se transforma como persona, ¿no? Como muchas hemos tenido unas vidas antes y ahora, otras” N., CABA.*

*“Nos sentimos como felices, porque es raro, porque es una felicidad que viene por la felicidad de otra persona” L. P., Buenos Aires.*

*“Nos da orgullo que hayan tomado esa decisión, que hayan roto tantísimas barreras, porque nos llaman mujeres de 40 años en situaciones totalmente violentas, escondiéndose del marido, yendo básicamente contra viento y marea y toman la decisión igual y lo hacen a escondidas y se aguantan los dolores para que nadie se dé cuenta. Son situaciones muy fuertes a veces las que llegan y te da orgullo que hayan tomado esa decisión y que es su vida” P., Tierra del Fuego.*

También comentan el agradecimiento que les transmiten las mujeres.

*“Un montón de veces las chicas que acompañamos nos han dicho que contemos con ellas, algunas están interesadas en sumarse, otras dicen: ‘Bueno, lo que necesiten’. Nos han llegado a decir: ‘Si alguna persona no tiene plata para pagar su medicación, yo se la pago’. Siempre hay algún tipo de agradecimiento. Nosotras obviamente jamás esperamos que nos hagan ningún monumento ni nada, pero está bueno saber” P., Tierra del Fuego.*

*“Que te abracen y te digan ‘me salvaste la vida’, eso... es muy fuerte, qué sé yo, no es que... yo le digo ‘te la salvaste vos sola’... Eso es muy intenso” L., Córdoba.*

Además, se rescatan las cosas aprendidas para la vida.

*“Ese aprender la escucha y la paciencia como dos herramientas que necesito para el socorro y darme cuenta de que esas dos herramientas son para la vida, para todo. Que siempre es con otras” A., Río Negro.*

*“El acompañamiento en situaciones de aborto te sirve para el crecimiento personal y poder vos ver tus capacidades de vincularse con las otras personas, porque es un vínculo muy íntimo entre dos personas desconocidas donde se comparten un montón de cuestiones personales” C., Río Negro.*

*“La sociedad nos deja muy solas, y que falta muchísimo para aprender a acompañar en la dimensión que nos merecemos, y que también nos falta trabajar, dejar acompañar, y eso entre todas. ¿No? Entonces, creo que hay una apuesta que es infinita hacia la ternura, la ternura nos hace muchísimo más fuertes, muchísimo más poderosas y desde ese lugar siempre me interesa encarar, trabajar y vislumbrar” E. P., PBA.*

#### **4.1.2.14 La pandemia**

Circunstancias locales y globales totalmente fuera de lo común han atravesado el trabajo de campo de este estudio.

Uno de ellos es la epidemia global de SARS CoV 2 (en adelante, pandemia), situación que todavía se estaba atravesando al momento de realizar el trabajo de campo de esta investigación. Esta crisis humanitaria y sanitaria global que nos obligó al aislamiento social afectó, obviamente, el trabajo que las socorristas llevan adelante. A partir de la situación de cuarentena surgió la necesidad de incluir en la entrevista una pregunta acerca de cómo habían cambiado los procesos del socorristismo en la pandemia, situación en que las mujeres enfrentaron dificultades únicas y diferentes.

En este contexto general de la vida de las mujeres –tanto socorristas como socorridas–, surgieron inconvenientes como la imposibilidad de trasladarse, de reunirse y de concurrir a servicios asistenciales, a lo que se agrega todo lo vinculado con las historias personales, como los cambios en las tareas de cuidado, las convivencias y las dificultades econó-

micas. A esto se suma la necesidad de contar con conexión a internet o con datos en el teléfono, por lo que las dificultades fueron muchas y diversas. Lo primero que relatan en la mayoría de las jurisdicciones fue cómo tuvieron que cambiar algunas lógicas y articular con el sistema de salud.

La articulación con el sistema de salud se plasmó a través del 0800 de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSYR).

El llamado lo realizaba, o bien una grupa de socorristas, o bien una mujer a la que, habiendo llamado a las socorristas, se le solicitaba que llame al 0800 porque requería una ILE. Este llamado disparaba una “secuencia”, es decir, un mecanismo de comunicación con la referente provincial del programa para proveer la medicación y con un equipo del sistema de salud que se hiciera cargo del caso y estuviera en contacto con las socorristas. Desde SenRed se le daba de todas formas el taller con la información y se le ofrecía acompañamiento durante el proceso.

*“Y cuando pasó abril, que se quedaron sin medicación en el sistema de salud porque el programa no lo había tenido en cuenta. Como acompañábamos nosotras y parecía que era algo natural que acompañáramos nosotras, que les hiciéramos llegar a las mujeres lo que necesitaban, nunca se preocuparon por tener un stock. Hubo mucha tensión” M., San Luis.*

*“Nos sorprendió y nos sirvió mucho, una fue la estrategia de llamar... de derivar los llamados al 0800 de salud sexual y, bueno, la verdad que eso acá nos viene funcionando rebién” N., Formosa.*

*“Bueno, te vamos a acompañar en todo este proceso, dure lo que dure, vamos a hacer que el sistema de salud responda. ¿Estás dispuesta a eso?” N., CABA.*

La mayoría de las menciones sobre los primeros momentos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio tienen que ver con un momento de intensa incertidumbre para enfrentar la tarea en un contexto de aislamiento para ambas protagonistas, socorristas y socorridas.

*“En ese momento fue puro pánico y ahí sí se aceptó esta cuestión de empezar a utilizar el 0800<sup>8</sup> con más frecuencia para aceptar ahí los canales de diálogo” M., Salta.*

*“Ahí hubo un par de reuniones de emergencia de toda la red, hubo acuerdos” N., Formosa.*

Hubo un consenso nacional y se decidió que las llamadas se gestionarían desde la red para que se resuelva a través de los efectores de salud pública, con interacciones y articulaciones ya existentes entre las socorristas y el sistema de salud, o desde un llamado al 0800 de salud sexual y reproductiva.

*“Tratar de que todos esos abortos, en este contexto de pandemia, se resuelvan por salud pública” M., Salta.*

*“Y coordinamos con los efectores de salud de acá de ..., son tres ahora, antes era uno solo, para que las mujeres accedan a ellos y les den pastillas. Y después nosotras hacemos todo el seguimiento y el acompañamiento” M. E., Entre Ríos.*

---

<sup>8</sup> Se refiere al 0800-222-3444, que es la línea de Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación donde atienden consultas sobre el tema, informan sobre servicios disponibles e interactúan con las referentes de los programas provinciales para facilitar el acceso.

El nuevo funcionamiento se informaba en la primera llamada y los talleres descritos en el apartado correspondiente siguieron haciéndose en forma virtual, por teléfono, WhatsApp u otra herramienta de videollamada según la región y las necesidades.

*“Ya no podemos hacer los talleres grupales, que para nosotras eso es un cambio sustancial, que al principio lo sentimos mucho, porque hay mucha cosa en ese encuentro grupal. Pero, a medida que fue pasando el tiempo, le encontramos otra vuelta a la cuestión de estas nuevas formas de encontrarnos con las personas que vamos a acompañar” C., Río Negro.*

Esta nueva forma, si se la piensa como la única alternativa viable en tiempos de pandemia, presenta múltiples dificultades.

*“Otras preferíamos hacerlas individualmente, se presentaban algunas complicaciones, que las personas a quienes teníamos que llamar no tenían datos en el teléfono o no tenían muy buena conexión a internet, eso fue complicando un poco, pero siempre lo pudimos resolver” L., Córdoba.*

*“Además, porque hay una parte que nosotras no podemos hacer de la manera si se quiere tan cerradita y armada que teníamos en los talleres” G. P., PBA.*

*“Los talleres al principio intentamos hacerlos grupales, por la virtualidad, con quienes tenían buena conexión, ¿no? Que podían conectarse. Bueno, aparecieron otras preguntas: ¿tenés wifi en tu casa o usás datos?” E. P., PBA.*

*“El hacinamiento, el hacinamiento es tremendo, y por ahí tenemos personas que están embarazadas y nadie en la familia sabe y*

*en ningún momento están solos o solas. Entonces hay que esperar... es más, hemos dado talleres a las 3 de la mañana, a las 5 de la mañana, a las 12 de la noche, a las 2 de la tarde” M., Salta.*

Se plasma también en los relatos cómo hubo que imaginar, en el contexto de pandemia, en las múltiples situaciones relacionadas con la vivienda y la convivencia de las mujeres, para poder pensar en el momento específico del aborto con medicamentos.

*“Tuvimos muchos acompañamientos a la noche, de mujeres que lo tenían que hacer como más a escondidas para que no se enterara la familia” M., Catamarca.*

*“Sí las acompañamos a pensar estrategias, a pensarlas con todo lo que implica ocultar a la familia. Entonces están las amigas; ayudamos a recuperar esos vínculos porque, a veces, las mujeres creemos que estamos solas, y en la desesperación: ‘No. No hay nadie, no hay nadie’. Entonces, eso, acompañamos a recuperar esas lealtades que sabemos que las tenemos y sabemos que nos van a acompañar” M., San Luis.*

*“Al principio del aislamiento, las primeras semanas, las mujeres estaban super más angustiadas que nunca porque tenían que estar literalmente encerradas en las casas con los hijos y sin poder organizarse. Porque muchas mujeres se organizan para abortar, qué sé yo, los fines de semana porque el padre de los hijos se los lleva o en el horario en que los pibes están en la escuela o equis. Ahora no, porque están en la casa con gente todo el tiempo” C., Río Negro.*

*“Ahora es como que la escucha atenta se ha vuelto casi vital, digamos, también para hablar de los miedos que existen, por ejemplo,*

*al ir al hospital, en medio de esta incertidumbre que genera la pandemia” M. E., Entre Ríos.*

*“Y además se han intensificado los acompañamientos. Son muchas horas, porque el aislamiento potenció todas estas sensaciones y emociones de angustia, incertidumbre, las que sufren violencia de género, las personas que se han quedado sin trabajo. Entonces se han intensificado, entonces duran mucho más, muchas horas, mucho más tiempo de charla” M. P., PBA.*

*“Las telefonistas también nos comentaban que notaron que, en la cuarentena, las personas llamaban con mayor estrés, porque no saben adónde ir, no saben si las van a atender, adónde voy, qué hago” P., Tierra del Fuego.*

*“¿En tu casa podés hablar? ¿No podés hablar? ¿Saben? ¿Qué excusa podés meter para poder ir a la casa de tu amiga que sí tiene wifi, que sabe lo que estás atravesando?’. Todo eso empezó a aparecer ahora con la pandemia, y bueno, también, con los centros de salud tenemos como cierta división por zonas, qué centro de salud está más cerca de qué barrios” K., PBA.*

#### **4.1.2.15 La Protocola**

La Protocola es un cuestionario que se realiza a las mujeres y personas gestantes durante los talleres y se completa al final del proceso. Nace como una apuesta para sistematizar la información y producir evidencia sobre el aborto autogestionado y feminista.

Esta apuesta a la construcción de saberes situados data del año 2013 y fue publicada por primera vez en el 2014; cada año se publican los resultados y la herramienta de recolección (la Protocola) es revisada y aggiornada año a año.

Actualmente existen varios formularios. Hay uno para el primer momento en los talleres y otro para el segundo momento, es decir, el acompañamiento y posaborto. A su vez, existe uno para personas mayores de 18 años y otro para menores.

Del de mayores de 18 años, hay uno para mujeres IVE/ILE y otro para autogestión o aborto libre y feminista.

Los datos relevados en una primera instancia son datos informativos generales, como la edad, percepción de género, lugar de nacimiento, residencia y discapacidades; otro gran grupo de preguntas es acerca del contacto con las socorristas y el acompañamiento, y un tercer grupo de preguntas se refiere a la escolaridad y los activismos, información ginecológica y sobre el embarazo actual, y acerca de cómo fue atendida en el sistema de salud. También se releva, pero no se sistematiza, información sobre aspectos de la vida cotidiana, para mejorar el acompañamiento.

La última pregunta es una conclusión sobre ese primer momento, que contabiliza si efectivamente concretó el aborto y si lo concretó con autogestión o si fue al sistema de salud, si no volvió a comunicarse, si tuvo un aborto espontáneo, si solicitó una ILE.

## **4.2 Resultados de las encuestas a profesionales de la salud**

### **4.2.1 Encuesta a profesionales**

Para estudiar desde otra mirada las interacciones de las socorristas con el sistema de salud se realizó una encuesta a ginecoobstetras, obstétricas y médicos y médicas generalistas, para explorar sus opiniones y percepciones sobre la existencia y el trabajo de las socorristas, además de la posible influencia que estas pudieran tener en su trabajo diario y en el sistema de salud con relación al aborto. Esta información se trian-

guló luego con la obtenida de las socorristas en las entrevistas en profundidad y en las semiestructuradas.

#### 4.2.2 Métodos

Tres miembros del equipo elaboraron un cuestionario *ad hoc*, y luego se realizó una validación de los contenidos con el resto de los integrantes del equipo. Una vez finalizada esta ronda, el consolidado se envió a expertos de los grupos Coordinador y Promotor de la Red Argentina de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS); se recibieron un total de 16 respuestas con sugerencias que fueron evaluadas por el equipo e incorporadas a la versión final.

Se realizó una prueba de esta versión validada del cuestionario con ginecoobstetras y obstétricas de dos hospitales de la región y se tuvieron en cuenta sus sugerencias para la versión final.

El cuestionario constaba de 16 preguntas (véase en Resultados). Las primeras 4 fueron acerca de datos demográficos y laborales, y las siguientes 6 se referían al conocimiento que pudieran tener les profesionales sobre las organizaciones de socorristas: si las conocían, en qué circunstancias las habían conocido o interactuado, y si habían recurrido a ellas enviándoles pacientes y cómo se sentían en relación con esto. Las siguientes 5 preguntas indagaban sobre opiniones y percepciones acerca de la utilidad o no de la tarea de estas organizaciones en términos de favorecer el acceso de las mujeres a derechos, y del impacto sanitario en términos de morbilidad y mortalidad para el sistema de salud. También se inquirió sobre la percepción de les profesionales con relación a sus tareas diarias y de su impacto favorable o no en ellas con respecto a la interrupción del embarazo. La última pregunta era abierta, dejaba un espacio para comentarios u opiniones que los encuestados desearan agregar.

El reclutamiento programado no pudo cumplirse debido al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por la situación de pandemia y fue rediseñado.

Para ello se intentó contactar formal e informalmente a las comisiones directivas de las federaciones de sociedades científicas que concentran a ginecólogos, ginecólogas y obstetras y obstétricas del país, para solicitarles colaboración con el envío de la encuesta a través de su mailing. No se obtuvo ninguna respuesta formal a la solicitud, a pesar de varias insistencias, y una de ellas contestó informalmente que no. Para más detalles, el contacto formal incluyó la solicitud por nota, los consentimientos informados, un resumen del protocolo del estudio, una copia del cuestionario y un texto para enviarlo por mail con el enlace al cuestionario, si aceptaban la propuesta de los investigadores.

El mismo proceso se siguió con la Federación Argentina de Medicina General (FAMG) que accedió a la solicitud, y por su intermedio se envió por mail a todos sus asociados (1100).

Para subsanar la falta de respuesta de las federaciones que agrupan a los ginecólogas, ginecólogos y obstetras y obstétricas de la Argentina, se recurrió a diferentes redes como REDAAS, Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, Red Argentina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedARETS), a comités de docencia de hospitales locales y nacionales, a listados locales de mails y a Ministerios de Salud provinciales, universidades y cátedras de Ginecología y Obstetricia, referentes provinciales del PNSSyPR. A través de estas personas y organizaciones se utilizó la técnica “bola de nieve” para que, además de contestar, difundieran entre sus contactos por mail y por teléfono por medio de la aplicación WhatsApp.

El cuestionario fue anónimo y autoadministrado, y se distribuyó a través de la aplicación WhatsApp y vía e-mail por la plataforma Survey Monkey®. Se abrió en agosto y se cerró en enero para ginecólogas, ginecólogos y obstétricas, y el cuestionario para generalistas se abrió en oc-

tubre y se cerró en enero. Se realizaron un envío y tres recordatorios. La información requerida para poder consentir estaba en la primera hoja del cuestionario y el consentimiento propiamente dicho en la segunda se le preguntaba si deseaba participar; si la respuesta era que no deseaba, pasaba automáticamente al fin del cuestionario.

### **4.2.3 Resultados**

A los fines de la claridad de este reporte se separó la evaluación de ginecoobstetras y obstétricas de la de médicos generalistas, aunque los resultados finales y la triangulación con los datos obtenidos en las entrevistas a socorristas fueron evaluados globalmente y resaltadas las posibles diferencias entre los dos colectivos de profesionales.

En total se recibieron 325 respuestas: 157 de médicos generalistas y 168 de ginecólogos.

### **4.2.4. Resultados de ginecoobstetras y obstétricas**

Se recibieron un total de 168 respuestas, de los cuales contestaron el cuestionario completo 164; solo 4 prefirieron no contestar luego de leer la invitación con la información sobre el cuestionario.

La edad máxima registrada fue de 70 años y la mínima de 27, con una media de 41,69 años. Con relación a la procedencia obtuvimos respuestas de 21 provincias del país. No obtuvimos ninguna respuesta de las provincias de: Tierra del Fuego, Santa Cruz y San Juan (véase Tabla 1).

Con relación al sector en donde desarrollaban su actividad, casi el 50% trabajaba en el sector público exclusivamente, el 35% en el sector privado o de obras sociales exclusivamente y el restante 15% en ambos sectores.

El 83% conocía alguna organización de la comunidad que asiste a las mujeres y personas gestantes en la autogestión del aborto (Tabla 2).

El 31% nunca interactuó con estas organizaciones, el 30,43% lo hacía con frecuencia, y un 38,50% lo hacía algunas veces o rara vez.

Con relación a si atendían/atendieron a pacientes que hayan recurrido a estas organizaciones, el 12% nunca, el 41% rara o alguna vez, y el 47% frecuente o muy frecuentemente. La situación más frecuentemente reportada por la que atendieron a personas que recurrieron a las organizaciones de la comunidad fue en sus consultorios, solicitando una interrupción del embarazo (Tabla 2).

El 33,54% refiere que nunca recomendó o dio el teléfono de estas organizaciones, el 41,61% rara vez y el 24,84% frecuente o muy frecuentemente.

Se indagó acerca de cómo se sintieron con esto aquellos que recomendaban a una organización de la comunidad a las mujeres que consultaban por una interrupción legal del embarazo: el 60% refirió sentirse bien o muy bien, el 10% se sintió mal o muy mal y el restante 30% ni bien ni mal.

Más del 70% consideró que estas organizaciones facilitan el acceso a la salud y a los derechos de las mujeres, solo un 5% consideró que no, y el resto tuvieron dudas.

Nuevamente, cerca del 70% (69,57) consideraron que el accionar de estas organizaciones tiene un impacto positivo en los resultados de salud con relación al aborto, un 10% consideró taxativamente que no y un 20% tuvo dudas.

El 65% consideró que estas organizaciones facilitan la tarea de los médicos, médicas y del equipo de salud, un 12% consideró taxativamente que no y un 22% presentó dudas.

El 77,50% opinó que estas organizaciones no obstaculizan las tareas del equipo de salud y los que sí las consideraron un obstáculo totalizan un 22,52% (Tabla 3).

En la evaluación de las respuestas abiertas se obtuvieron 56 comentarios que fueron codificados en positivos (36), negativos (5) y neutros o no evaluables (15).

Hubo 5 comentarios negativos que hacían referencia a que el aborto no es un derecho y los demás a que las socorristas no deberían interactuar con el sistema privado, deberían capacitarse más o que es riesgoso lo que hacen, o bien que esa tarea solo pueden realizarla los médicos y que el sistema de salud garantiza la práctica.

Los comentarios positivos fueron 36 e hicieron referencia a la virtuosa tarea de cuidar a las mujeres y sus derechos y de acortar los tiempos de acceso; en su mayoría incluían críticas al Estado por no hacerse cargo de esto. Otros consideraron muy virtuosa la articulación con los servicios de salud.

Hubo 15 comentarios que fueron excluidos por ser no evaluables ya que no hacían referencia a la cuestión central (por ej.: “NO”, “Será ley” o “Muy buena la encuesta”).

#### **4.2.5 Resultados de médicos y médicas generalistas**

El cuestionario para generalistas era exactamente igual al cuestionario para ginecoobstetras y obstétricas. Sin embargo, el reclutamiento fue diferente ya que la sociedad de pares contactada para obtener el mailing o solicitar el envío del cuestionario aceptó enviar por mail el cuestionario a sus asociados.

Cabe aclarar que la decisión de ampliar la muestra incorporando a los médicos y las médicas generalistas se debió a que su actuación es activa en el país con relación al tema del aborto y era importante contar con sus opiniones y percepciones.

El cuestionario fue enviado por mail a todos los asociados a la Federación Argentina de Medicina General, cuyo número de afiliados con

mail registrados es de 1111 en todo el país. Se recibieron un total de 157 respuestas. La tasa de respuesta es de apenas un 14%.

La edad máxima de los que contestaron fue 65 años y la mínima 28, con una media de 40,18. Obtuvimos respuestas de 15 de las 22 provincias. No obtuvimos respuestas de las provincias de Catamarca, Entre Ríos, La Rioja, La Pampa, Mendoza, San Juan, Santiago del Estero, Santa Cruz y Tucumán.

El 60,96 % trabajaba en el sector público únicamente, el 28,08 % en ambos sectores y el 7,53 trabajaba solo en el sector privado (Tabla 1).

El 92% conocía alguna organización de la comunidad, y el 46,94% interactuaba con alguna de ellas frecuente o muy frecuentemente, el 21,76% nunca o rara vez y un 31,29% a veces. El 48% había atendido pacientes que recurrieron a esas organizaciones, el 15% nunca o rara vez, y el 36% algunas veces.

Con relación a las situaciones en que interactuaron con personas que recurrieron a las socorristas el 90% refirió que la situación fue en su consulta, solicitando una interrupción legal del embarazo, el 60,71% en situaciones de anticoncepción posaborto, el 44,29% en ecografías pre o posaborto, el 15,71% en la guardia en situaciones de posaborto. Un 25% reportó “otras situaciones”; en esta respuesta los profesionales encuestados señalaron todas las situaciones en las que tuvieron oportunidad de intervenir.

El 39,19% refirió que nunca o rara vez dio el teléfono de las socorristas o las recomendó, el 37,16% admitió que algunas veces y un 23,65% lo hacía frecuente o muy frecuentemente. Con relación a esto, la mayoría (un 70%) se sintió bien o muy bien, al 21,14% le fue indiferente y solo un 7,32% admitió sentirse mal (Tabla 2).

Casi un 80% (79,19%) consideró que el accionar socorrista facilita el acceso a la salud y los derechos de las mujeres y un 83% además consideró que esto tiene algún impacto en los resultados de salud, como en la morbilidad y mortalidad por aborto.

Respecto de la opción “Facilita la tarea”, la mayoría (74%) opinó que esta organización facilita la tarea de los médicos y otros miembros del equipo de salud, y respecto de la opción “No obstaculiza la tarea”, también una mayoría (85%) consideró que la organización no la obstaculiza.

En la evaluación de comentarios abiertos, de 64 comentarios, 11 fueron no evaluables, 41 fueron comentarios positivos y 12 negativos. Muchos de los comentarios negativos no fueron respecto del accionar socorrista, sino que eran críticas al Estado por no garantizar la práctica.

#### 4.2.6 Discusión

Queda claro que esta muestra de médicos y médicas ginecoobstetras y obstétricas y de médicos y médicas generalistas tiene múltiples sesgos y que su valor cuantitativo es escaso para sacar conclusiones. Sin embargo, su valor reside en que nos permite inferir, por ejemplo, que en este grupo de más de 300 médicos, médicas y obstétricas la gran mayoría conoce a las organizaciones de socorristas y que entre las y los generalistas es más frecuente la interacción con ellas que entre obstétricas y ginecoobstetras.

En ambos grupos de profesionales aceptan que en ocasiones cuentan con estas organizaciones para enviar a pacientes para que sean informadas y/o acompañadas en situaciones de interrupción legal del embarazo. La amplia mayoría en ambos grupos acepta que el accionar de estas organizaciones facilita y no obstruye su tarea con relación al aborto y que mejora los resultados en salud.

Estos datos son coherentes con los datos aportados por las socorristas en general.

**Tabla 1. Datos demográficos y laborales.**

|                                 |                     | <b>Ginecólogos/as</b> | <b>Generalistas</b> |
|---------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|                                 |                     | <b>n %</b>            | <b>n %</b>          |
| <b>Edad</b>                     | Máxima              | 70 años               | 65                  |
|                                 | Mínima              | 27 años               | 28                  |
|                                 | Media               | 41,69 años            | 40,18               |
| <b>Actividad profesional</b>    | Público             | 80 (49,38)            | 89 (60,96)          |
|                                 | Privado             | 25 (15,43)            | 11 (7,53)           |
|                                 | Ambos               | 56 (34,57)            | 41 (28,08)          |
| <b>Respuestas por provincia</b> | PBA                 | 19                    | 31                  |
|                                 | CABA                | 21                    | 41                  |
|                                 | Catamarca           | 2                     | 0                   |
|                                 | Chaco               | 1                     | 2                   |
|                                 | Chubut              | 4                     | 2                   |
|                                 | Córdoba             | 8                     | 16                  |
|                                 | Corrientes          | 1                     | 1                   |
|                                 | Entre Ríos          | 3                     | 0                   |
|                                 | Formosa             | 1                     | 1                   |
|                                 | Jujuy               | 1                     | 1                   |
|                                 | La Rioja            | 1                     | 0                   |
|                                 | La Pampa            | 2                     | 0                   |
|                                 | Mendoza             | 3                     | 0                   |
|                                 | Misiones            | 1                     | 3                   |
|                                 | Neuquén             | 60                    | 19                  |
|                                 | Río Negro           | 15                    | 9                   |
|                                 | Salta               | 1                     | 2                   |
|                                 | San Luis            | 1                     | 4                   |
|                                 | Santa Fe            | 14                    | 10                  |
|                                 | San Juan            | 0                     | 0                   |
|                                 | Santiago del Estero | 2                     | 0                   |
|                                 | Santa Cruz          | 0                     | 0                   |
|                                 | Tierra del Fuego    | 0                     | 3                   |
|                                 | Tucumán             | 3                     | 0                   |
| <b>Total</b>                    |                     | <b>161</b>            | <b>145</b>          |

**Tabla 2. Conocimiento de las socorristas e interacciones con ellas.**

|                                          |                           | Ginecólogos/as<br>n (%) | Generalistas<br>n (%) |
|------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Si conocen las organizaciones            |                           | 134 (82,72)             | 132 (91,84)           |
| Si interactúa con las organizaciones     | Nunca                     | 50 (31,06)              | 18 (12,24)            |
|                                          | Alguna vez                | 62 (38,51)              | 60 (40,81)            |
|                                          | Frecuente o muy frecuente | 49 (30,43)              | 69 (46,94)            |
| Atiende pacientes                        | Nunca                     | 19 (11,80)              | 8 (5,41)              |
|                                          | Alguna vez                | 66 (41)                 | 69 (46,63)            |
|                                          | Frecuente o muy frecuente | 76 (47,2)               | 71 (47,98)            |
| Ocasión de la atención                   | Consultorio               | 108 (72,48)             | 126 (90)              |
|                                          | Ecografía                 | 56 (37,58)              | 62 (44,29)            |
|                                          | Guardia                   | 73 (49)                 | 22 (15,77)            |
|                                          | Internación               | 53 (35,57)              | 7 (5)                 |
|                                          | Control posaborto         | 78 (52,35)              | 85 (60,77)            |
| Recomienda recurrir a las organizaciones | Nunca                     | 54 (33,54)              | 30 (20,27)            |
|                                          | Alguna vez                | 67 (41,61)              | 83 (56,08)            |
|                                          | Frecuente o muy frecuente | 40 (24,74)              | 35 (23,65)            |

**Tabla 3. Percepciones sobre la tarea y el impacto sanitario de las socorristas.**

|                                            |             | Ginecólogos/as | Generalistas | Total |
|--------------------------------------------|-------------|----------------|--------------|-------|
| <b>Facilitan el acceso</b>                 | Sí          | 113 (70,19)    | 118 (79,19)  | 231   |
|                                            | No          | 8 (4,97)       | 1 (0,67)     | 9     |
|                                            | Más o menos | 31 (19,25)     | 20 (13,42)   | 51    |
|                                            | No sé       | 6 (3,73)       | 2 (1,34)     | 8     |
|                                            | Otros       | 3 (1,86)       | 8 (5,37)     | 11    |
|                                            | Total       | 161            | 149          | 310   |
| <b>Impactan en los resultados en salud</b> | Sí          | 112 (69,57)    | 123 (82,55)  | 235   |
|                                            | No          | 16 (9,94)      | 5 (3,36)     | 21    |
|                                            | Más o menos | 19 (11,80)     | 7 (4,70)     | 26    |
|                                            | No sé       | 11 (6,83)      | 11 (7,38)    | 22    |
|                                            | Otros       | 3 (1,86)       | 3 (2,01)     | 6     |
|                                            | Total       | 161            | 149          | 310   |
| <b>Facilita la tarea médica en ILE</b>     | Sí          | 104 (65)       | 110 (73,83)  | 214   |
|                                            | No          | 19 (11,88)     | 4 (2,68)     | 23    |
|                                            | Más o menos | 27 (16,88)     | 23 (15,44)   | 50    |
|                                            | No sé       | 3 (1,88)       | 7 (4,70)     | 10    |
|                                            | Otros       | 7 (4,38)       | 5 (3,36)     | 12    |
|                                            | Total       | 160            | 149          | 309   |
| <b>Obstaculiza la tarea médica en ILE</b>  | Sí          | 12 (7,50)      | 3 (2,01)     | 15    |
|                                            | No          | 124 (77,50)    | 127 (85,23)  | 251   |
|                                            | Más o menos | 21 (13,13)     | 14 (9,40)    | 35    |
|                                            | No sé       | 1 (0,63)       | 3 (2,01)     | 4     |
|                                            | Otros       | 2 (1,25)       | 2 (1,34)     | 4     |
|                                            | Total       | 160            | 149          | 309   |

### 4.3 Resultados del impacto económico de la acción socorrista

Diversos estudios han analizado las consecuencias económicas de las políticas y los dispositivos sociales que promueven abortos seguros.

En nuestro país, se ha publicado una única evaluación económica sobre el aborto, el estudio de Malena Monteverde y Sonia Terragona titulado “Abortos seguros e inseguros: costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018”, publicado en la revista *Salud Colectiva*, de la Universidad de Lanús (2020). Este trabajo realizó estimaciones de cantidad de prácticas y costos, y concluyó que la adopción de protocolos reconocidos en la Argentina podría resultar costo-ahorrativa desde la perspectiva del sistema de salud público, el privado y los gastos de bolsillo de las pacientes. Resultados similares se han obtenido en evaluaciones económicas realizadas en otros países (Prada *et al.*, 2013; Moore A. *et al.*, 2018; Parmar D. *et al.*, 2015; Coast L. *et al.*, 2019; Lince-Deroche *et al.*, 2021).

#### 4.3.1 Metodología

En pos de evaluar el impacto del acompañamiento para facilitar abortos seguros de las Socorristas en Red (SenRed), se diseñó un estudio retrospectivo antes-después que permite evaluar el impacto económico de las intervenciones que requirieron internación por complicaciones a causa de aborto en el hospital de máxima complejidad de la ciudad de Neuquén, el Hospital Provincial Neuquén, en los años 2009 y 2017, teniendo en cuenta que la SenRed comenzó a funcionar en el año 2010. Para ello se asumió la perspectiva del financiador de Salud Pública de la provincia de Neuquén con valores al año 2020.

Es importante mencionar que este tipo de diseño de estudio no controlado puede presentar algunos sesgos potenciales, ya que se asume

que todo el impacto económico se debe a la implementación de la Sen-Red, cuando pueden existir otras causas que contribuyan en este sentido y puedan confundir los resultados. Sin embargo, conocemos que entre las posibles variables que podrían influir en estos resultados no se han presentado cambios sustanciales que puedan justificarlo. Por ejemplo, no se presentaron modificaciones en la cantidad de camas de internación destinadas a obstetricia y ginecología, no hubo modificaciones sustanciales en el porcentaje de mujeres con cobertura exclusiva de salud pública y, por último, no han aparecido otros actores sociales organizados que provean servicios de interrupción del embarazo por fuera del subsector salud. Aquí cabe aclarar que el colectivo Profesionales por el Derecho a Decidir actúa “desde” el sistema de salud, por lo que la contabilización de sus casos y complicaciones pertenecerían a este sector.

Utilizando la base de datos de egresos en el Hospital Provincial Neuquén en los años 2009 y 2017, se seleccionaron las pacientes cuya causa de internación estuvo relacionada con un aborto. Para cada una de las pacientes se analizó su historia clínica y se realizaron un análisis descriptivo y un microcosteo de su estadía en el hospital, que incluye intervenciones quirúrgicas, días de internación, medicación y reingreso por complicaciones. Para valuar cada una de las intervenciones se utilizó el Nomenclador Globalizado de la Provincia del Neuquén – Actualización 2020.<sup>9</sup> Los medicamentos se valuaron a través de la base de datos de K@iros web.<sup>10</sup> Para ello se buscaron los precios de las diferentes marcas comerciales para cada medicamento según la dosis utilizada y tomando la presentación que mayor número de dosis contiene, actualizados a julio de 2021. Para cada medicamento se tomó el menor

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud de Neuquén – Nomenclador Globalizado de la Provincia del Neuquén – Actualización 2020. Disponible en: <<https://www.saludneuquen.gob.ar/recupero-financiero/nomenclador-recupero-financiero-2020/>>.

<sup>10</sup> Disponible en: <<https://ar.kairosweb.com/>>.

valor por dosis, asumiendo que la compra de salud pública se realiza a través de licitación. Se llevaron los precios de julio de 2021 a julio de 2020, utilizando el Índice de Precios al Consumidor en la apertura “Productos medicinales, artefactos y equipos para la salud” del Capítulo Salud.<sup>11</sup>

### 4.3.2 Resultados

En el año 2009 un total de 61 mujeres tuvieron que ser hospitalizadas por complicaciones por aborto, mientras que en el año 2017 este número descendió a 21, lo que representa una disminución del 65,6%. Las características clínicas de las intervenciones que tuvieron dichas mujeres se presentan en la Tabla 1.

En términos generales se observa una leve disminución en la edad promedio de las mujeres hospitalizadas, así como también en el promedio de días de internación en sala general.

En el año 2009, del total de las intervenciones quirúrgicas, solo 5 (8,20%) fueron legrados uterinos y el resto fueron aspirados endouterinos. Los diagnósticos de internación fueron aborto incompleto y/o aborto infectado, mientras que en el año 2017 los diagnósticos de internación fueron los mismos, no se hicieron legrados y el 100% fueron aspirados endouterinos. En el año 2009, el 14,75% de las pacientes requirieron tratamiento con antibióticos, mientras que en el año 2017 este porcentaje descendió al 4,76%.

---

<sup>11</sup> INDEC, Índices y variaciones porcentuales mensuales e interanuales según principales aperturas de la canasta. Diciembre de 2016-junio de 2021. Disponible en: <<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-5-31>>.

**Tabla 1. Características clínicas.**

|                                               | Año 2009     | Año 2017     |
|-----------------------------------------------|--------------|--------------|
| Número de mujeres                             | 61           | 21           |
| Promedio de edad (Desvío Estándar)            | 28,11 (7,51) | 26,28 (7,38) |
| Rango de edad                                 | (14-49)      | (17-42)      |
| <b>Trimestre embarazo</b>                     |              |              |
| Trimestre I                                   | 52 (82,25%)  | 18 (85,71%)  |
| Trimestre II                                  | 9 (14,75%)   | 3 (14,28%)   |
| <b>Internación</b>                            |              |              |
| Promedio de días sala general                 | 1,67         | 1,43         |
| Rango de días sala general                    | (1-7)        | (1-7)        |
| Promedio de días UTI                          | 0            | 0            |
| <b>Tipo de intervención</b>                   |              |              |
| AMEU                                          | 56 (91,80%)  | 20 (95,24%)  |
| Legrado                                       | 5 (8,20%)    | 0 (0,00%)    |
| Sin datos                                     | 0 (0,00%)    | 1 (4,76%)    |
| <b>Tipo de anestesia para la intervención</b> |              |              |
| Anestesia general                             | 2 (3,28%)    | 1 (4,76%)    |
| Anestesia local                               | 59 (96,72%)  | 18 (85,71%)  |
| Sin datos de anestesia                        | 0 (0,00%)    | 2 (9,52%)    |

| Requerimiento ATB            |             |             |
|------------------------------|-------------|-------------|
| Sí                           | 9 (14,75%)  | 1 (4,76%)   |
| No                           | 52 (85,25%) | 20 (95,24%) |
|                              |             |             |
| Requerimiento de transfusión |             |             |
| Sí                           | 2 (3,28%)   | 2 (9,52%)   |
| No                           | 59 (96,72%) | 19 (90,48%) |
|                              |             |             |
| Uso de oxitocina             |             |             |
| Sí                           | 53 (86,89%) | 20 (95,24%) |
| No                           | 8 (13,11%)  | 1 (4,76%)   |

Fuente: elaboración propia. Los costos unitarios de las prácticas y medicamentos unitarios utilizados en el microcosteo son los que se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2. Costos unitarios de prácticas y medicamentos.**

| Costos unitarios                        | Costo 2020 (\$) |
|-----------------------------------------|-----------------|
| AMEU                                    | \$ 28.448,00    |
| Módulo legrado                          | \$ 40.590,94    |
| Día/cama internación adulto             | \$ 12.087,22    |
| Módulo de transfusión de glóbulos rojos | \$ 11.905,15    |
| Bolsa de glóbulos rojos                 | \$ 8.825,60     |
| Diclofenac ampolla 75 mg                | \$ 161,65       |
| Meperidina ampolla 100 mg               | \$ 188,88       |
| Ibuprofeno comprimido 400 mg            | \$ 5,05         |
| Clindamicina ampolla 600 mg             | \$ 177,69       |
| Gentamicina 80 mg                       | \$ 215,81       |
| Amoxicina-Ac Clav comp. 1 mg            | \$ 47,32        |
| Cabergolina comp. 1 mg                  | \$ 61,66        |
| Oxitocina 10 UI                         | \$ 102,15       |
| Ampicilina ampolla 1 g                  | \$ 333,50       |

Al valorizar cada una de las intervenciones y tratamientos que recibieron las 61 pacientes que requirieron internación en el Hospital Provincial Neuquén por complicaciones por aborto en el año 2009, estimamos que el costo total para la salud pública de la provincia de Neuquén fue de \$2.703.500, a precios del año 2020, mientras que este costo total estimado para el año 2017 fue de \$1.089.587, lo cual representa un descenso del 59,7% (Tabla 3).

**Tabla 3. Costos por complicaciones por aborto.**

|                 | 2009            | 2017            | Var %  |
|-----------------|-----------------|-----------------|--------|
| Nº mujeres      | 61              | 21              | -65,6% |
| Costo total     | \$ 2.703.500,82 | \$ 1.089.587,55 | -59,7% |
| Promedio        | \$ 51.462,50    | \$ 51.885,12    | 0,8%   |
| Desvío Estándar | \$ 20.916,83    | \$ 20.313,84    | -2,9%  |
| Máximo          | \$ 117.928,40   | \$ 105.663,56   | -10,4% |
| Mínimo          | \$ 15.751,42    | \$ 40.535,22    | 157,3% |

Este importante descenso se explica principalmente por el menor número de pacientes internadas, ya que el costo promedio por paciente no ha demostrado una diferencia significativa entre ambos períodos.

Muchos estudios muestran que en la última década existe una relación entre el uso difundido del misoprostol para la autogestión del aborto y la disminución de internaciones por complicaciones del aborto (Drovetta, 2015; Kp, 2017, Gambir K *et al.*, 2020). Pero a esto podemos decir que el uso difundido del misoprostol por parte de las mujeres por fuera del sistema formal de salud se visualiza en Latinoamérica desde la década de 1980 (Jelinska y Yanow, 2018; Gambir *et al.*, 2020).

La evaluación preintervención del dispositivo socorristas en Neuquén se hizo en el año 2009. Podemos decir que ya se usaba de manera amplia y difundida el misoprostol, y que por ese año ya se veía el impacto de la reducción en el número de internaciones (Registro de internaciones del Servicio de Ginecología HPN 2001/2009, sin publicar).

El factor que se agrega en la intervención de socorristas en el año 2017 es el manejo correcto e informado de la medicación en cuanto a las dosis, las vías de administración, los signos de alarma, los efectos colaterales y su resolución; y el acompañamiento telefónico durante el

proceso agrega un plus a la efectividad y la seguridad de su uso autogestionado, tal como es descrito en los procesos seguidos por Socorristas en Red a través de todo este estudio.

En otro orden de cosas, queremos resaltar que es notable la prevalencia en la población estudiada (Neuquén) de los abortos gestionados con información y acompañamiento de las socorristas, lo que nos lleva a inferir que la disminución de las internaciones por complicaciones es atribuible a su intervención.

A modo de ejemplo, podemos decir que en el año 2019 la provincia de Neuquén reportó oficialmente doscientas Interrupciones Legales del Embarazo (Romero y Moisés, 2020) realizadas en el sistema de salud. En el mismo período las socorristas de Neuquén recibieron 1560 llamadas y concretaron (información y acompañamiento durante el proceso) 1124 abortos con medicamentos, de los cuales solo un 7% de las personas tuvieron que consultar alguna guardia.

Con este resultado sería posible inferir que la intervención de las Socorristas en Red, que quintuplica las del sistema de salud formal, en el acompañamiento para el aborto con medicamentos, ha impactado en una reducción en el número de mujeres y personas gestantes que debieron ser hospitalizadas por complicaciones del aborto, así como también en una significativa disminución del gasto de salud pública por dicho concepto.

# 5

## Discusión

Existe un creciente cuerpo de conocimientos que demuestra, desde el advenimiento y la generalización del uso de medicamentos para abortar, que las mujeres y personas gestantes pueden manejar sus propios abortos con pequeña o ninguna supervisión o ayuda y con adecuada información (Cochrane, 2020). También sabemos que, en forma masiva o abrumadoramente superior, eligen tener sus abortos en su casa, logrando control y privacidad durante todo el proceso (Raymond *et al.*, 2019; WHO, 2014; Hyman, 2013; Kero *et al.*, 2009; Song *et al.*, 2018; Tan *et al.*, 2018).

Las organizaciones de la comunidad, en general organizaciones feministas que, a través de líneas telefónicas específicas, plataformas en la web u otros recursos, ayudan a quienes desean abortar, han emergido alrededor del mundo como fuentes de información, con una propuesta diferente a la atención médica, ofreciendo un dispositivo de soporte confiable, desinteresado y generoso durante el proceso de aborto.

Estas experiencias y modelos de facilitación de la autogestión del aborto en el mundo son un tema recientemente abordado por la literatura médica (Drovetta, 2015; Jelinska y Yanow, 2018), y en este momento forman parte de la conversación social sobre el acceso al aborto, que incluye preguntas sobre quiénes componen estas organizaciones,

cuáles son sus métodos y cuál es su impacto socio sanitario (Berro Pizzarossa y Nandagiri, 2021; Gerds, 2019; Harries *et al.*, 2021), ¿cómo son y cuán seguras y efectivas son estas intervenciones y dispositivos de atención? (Gerds C. *et al.*, 2020, WHO 2020); cómo y por qué las mujeres prefieren tener sus abortos fuera del sistema formal de salud, aun en los contextos donde es legal (Chemlal y Russo, 2019); cuáles son las percepciones y experiencias de las mujeres y cuán aceptables y satisfactorias resultan estas experiencias (Baum *et al.*, 2020).

Los hallazgos de este estudio aportan a esta conversación una descripción y caracterización en profundidad de una experiencia comunitaria y colectiva del activismo feminista argentino, de las personas que lo componen, de sus motivaciones, de sus singulares y creativos métodos y de sus relaciones con la comunidad y con los sistemas de salud. A su vez, se agregan, en la búsqueda de enriquecer el análisis, las opiniones de médicos y médicas ginecólogos y generalistas y el estudio sobre el impacto que la tarea socorrista tiene sobre los presupuestos del sistema de salud.

En primer lugar, los hallazgos de las entrevistas en profundidad –realizadas únicamente a integrantes de la colectiva feminista La Revuelta de Neuquén– nos muestran las motivaciones y la historia de la colectiva, teniendo en cuenta los hitos y momentos claves de su devenir histórico, cómo se llega a la creación e implementación del dispositivo Socorro Rosa y cómo las reflexiones sobre la práctica van modelando un dispositivo único y singular llamado “acompañamiento”.

También, cómo se crea y desarrolla la red nacional Socorristas en Red, sus relaciones con otras organizaciones comunitarias, así como las relaciones políticas e institucionales, cómo se gestaron las relaciones con el sistema de salud y cómo se desarrollan actividades de sistematización de datos y de producción y difusión de conocimiento.

La colectiva feminista La Revuelta nace en Neuquén, en la Patagonia argentina, apostando a un feminismo de la calle, un feminismo de la

acción, en el contexto social de la crisis del 2001. Se definen interesadas en la política en general, pero no solo para “mirarla y opinarla” sino para intervenir.

Posteriormente, su percepción de la violencia que se ejercía sobre las mujeres y personas gestantes durante los abortos clandestinos las llevó a crear el dispositivo Socorro Rosa para apoyar la autogestión del aborto con medicamentos y acompañar este proceso, como parte de la política activista. Motivadas por la necesidad de visibilizar el trabajo socorrista de Neuquén, llevan sus experiencias, afiches y talleres al Encuentro de Mujeres del año 2013, y así surge el proceso de nacionalización del modelo, que se plasma en el 2014 con la creación de Socorristas en Red (SenRed), que hoy cuenta con 55 colectivas en 21 de las 23 provincias de la Argentina.

Desde los inicios, tuvieron la convicción y llevaron adelante las acciones para armar articulaciones virtuosas con el sistema de salud, que se iniciaron con las visitas a consultorios de médicas y médicos –descritas en el apartado de resultados– y se plasmaron con la creación de TeA (Te Acompañamos), un consultorio de demanda espontánea en el hospital público, creado para recibir las consultas de situaciones pendientes posaborto y, sobre todo, para anticoncepción posaborto. Esta experiencia se generalizó rápidamente en la provincia de Neuquén.

En las entrevistas realizadas a militantes socorristas las indagaciones fueron de dos tipos, unas enfocadas en los sentimientos y las vivencias personales, como las motivaciones para unirse, participar y gestionar el dispositivo en su lugar de pertenencia, y las sensaciones y los sentimientos a lo largo y al final del proceso, que nos permitan entender la potencia de su trabajo y la sustentabilidad en el tiempo del dispositivo.

Las motivaciones para sumarse y los sentimientos y sensaciones son de raíz feminista y están atravesados por experiencias personales de aborto o militancias políticas y un fuerte deseo de “hacer” para transformar una realidad que las incomoda y las enoja. Siempre su accionar

contempla emociones, las emociones que dan cuenta de la intensidad y el compromiso que hace al dispositivo y a la configuración de red. Una red de acompañamiento que emerge desde los saberes y conocimientos conquistados en la experiencia y que, como construcción colectiva, no está exenta de marchas y contramarchas, preguntas, miedos y batallas que se condensan en esas sensaciones. *Satisfacción y orgullo* fueron sensaciones mencionadas en la mayoría de las entrevistas realizadas; revisten un sentido de pertenencia, de afirmación política, de práctica feminista.

El otro tipo de indagaciones realizadas a las socorristas fueron más puntuales y descriptivas, referidas al proceso de acompañamiento y sus relaciones con los sistemas de salud público y privado de la región donde actuaban.

La descripción del proceso da cuenta de prácticas feministas colectivas, que tienen el componente de escuchar, desestigmatizar y acompañar decisiones de otras; a su vez, son prácticas que están previamente acordadas en la red, se ofrecen por escrito, están sistematizadas, basadas en evidencia, y son sencillas y adaptadas a la realidad local, centradas en la persona, accesibles fácilmente, factibles, efectivas y seguras.

El dispositivo va mucho más allá de la oferta de información, redefine los cuidados para las mujeres y personas gestantes que abortan; lo llaman “acompañamiento” y lo definen con sus propias palabras como

*poner a disposición una política de cuidados alentada por la ética feminista en la que los cuidados son siempre colectivos y la consideración de que quien aborta es la protagonista y dueña de todo el proceso. Basado en la disponibilidad para dar tiempo propio, para estar con el teléfono encendido a la hora en que quien aborta decide abortar, para repasar indicaciones, para calmar dolores, para agregar consejos, sugerencias, para sugerir profesionales amigables donde acudir. Poniendo hincapié en que lo que le pasa*

*a esa mujer les importa, las conmueve y las mueve a colaborar para encontrar un camino de resolución que sortee los obstáculos y las angustias. Armar un sostén emocional para no desalentar la decisión tomada, para que esta se viva como parte de la justicia y la dignidad de la vida elegida, sin miedos ni vergüenzas ni riesgos para la salud, y armar caminos sin laberintos burocráticos, sin violencias y sin estigmas.*

El camino recorrido en este estudio nos lleva a pensar que, en términos simbólicos, esta definición del modelo de *acompañamiento* de abortos reserva esta palabra únicamente para el modelo del socorrismo. El acompañamiento no es lo mismo que la atención médica, aunque esta sea integral, adecuada, centrada en las personas y ajustada a los derechos de las mujeres y las personas gestantes. Es un modelo alternativo y desmedicalizado de atención, que tiene otras características y es factible, seguro y efectivo, y está validado por la evidencia (Gerds *et al.*, 2013; WHO, 2020; Moseson *et al.*, 2022).

El vínculo con el sistema de salud es una apuesta política del socorrismo, con acciones concretas, centrado en la necesidad de recurrir si hay complicaciones, o para situaciones pendientes en el posaborto y la anticoncepción. También, previo a diciembre del 2020, si se trataba de una interrupción legal del embarazo, es decir cuando existen causales de aborto claras, y siempre orientando esta demanda hacia servicios que no maltraten ni obstruyan el proceso.

Ahora bien, ese vínculo deseado y estimulado no es fácil. Una de las razones tiene relación con las características del sistema de salud argentino, que está fragmentado en tres subsectores y, a su vez, es autónomo y diferente en cada provincia. Eso genera una gran diversidad de respuestas del sistema de salud formal al accionar socorrista y a sus intentos de articulación.

Es un vínculo que es descrito como sumamente inestable, complejo y sinuoso, y por momentos difícil de sostener. Está, además, atravesado por múltiples factores, como la escasez de equipos, proveedores y su falta de capacitación, la sobrecarga laboral, la incomodidad, los prejuicios y la estigmatización de la práctica del aborto en esos ámbitos. Estos y otros factores contribuyen a las dificultades en las relaciones, o bien al mero rechazo de la relación con las organizaciones de la comunidad.

La bibliografía sobre el tema abona a estas descripciones, reportando acceso dificultoso, estigmatización hacia la práctica del aborto, baja calidad de atención y discriminación por parte de los sistemas formales de salud hacia las mujeres y personas gestantes que abortan y a las organizaciones de la comunidad que colaboran con la autogestión del aborto (Harries *et al.*, 2021; Chemlal y Russo, 2019; Baum *et al.*, 2020; Aiken *et al.*, 2017; Foster *et al.*, 2017; Gerdtz y Hudaya, 2016; Grossman *et al.*, 2018; Zurbriggen *et al.*, 2018).

Sin embargo, según las indagaciones de este estudio, también existen vínculos y articulaciones virtuosas que se retroalimentan desde hace años y que incluso no solo alcanzan a los equipos en el territorio, sino que también se dan virtuosamente con referentes provinciales y funcionarios de los sistemas de salud.

Visualizar ese vínculo desde los efectores de salud fue uno de los objetivos de este estudio, para lo cual se realizó con una encuesta a médicos y médicas ginecoobstetras, obstétricos y generalistas. Esta es una de las debilidades del estudio, ya que la muestra estuvo sesgada por su forma de recolección y es alta la posibilidad de un sesgo de respuesta. Asimismo, se destaca escasa en número como para extrapolar los resultados a la totalidad de las y los ginecoobstetras y generalistas de la Argentina. Al respecto solo podemos decir que, en esta muestra de más de trescientos médicos, médicas y obstétricos/as argentinos, la gran mayoría conocen a las organizaciones de socorristas e interactúan con ellas.

Los profesionales aceptan que en ocasiones cuentan con estas organizaciones para enviar a pacientes para que sean informadas y/o acompañadas en sus abortos. La amplia mayoría admite que el accionar de estas organizaciones facilita y no obstruye su tarea con relación a la atención del aborto, y que mejora los resultados en salud.

Estos datos son coherentes con los datos aportados por las socorristas en general, pero dado el sesgo de respuesta, se infiere que los profesionales que respondieron tenían un mayor compromiso social y en particular con la práctica del aborto en el sistema de salud.

Este estudio se vio atravesado por dos contingencias de muchísimo impacto, en varios sentidos. Primero, la pandemia de SARS cov2 (covid-19), que no solo afectó al estudio en lo operativo, sino que también condicionó profundamente el accionar socorrista, la vida de las mujeres en general y mucho más las de aquellas que estuvieron en situación de aborto durante el aislamiento social obligatorio.

Estos cambios fueron descritos en términos del accionar socorrista, que se convirtió en un sostén vital para las mujeres y personas gestantes en situación de aborto, pero que también permitió mejorar y profundizar los lazos con el sistema de salud, haciendo visible la posibilidad de articulaciones virtuosas en pos de la mejora en el acceso al aborto.

Las socorristas reconfiguraron el modelo de acompañamiento recurriendo a la telemedicina para los talleres y estrecharon las articulaciones con el sistema formal de salud. La articulación con el sistema de salud se plasmó a través del 0800 de la DNSSYR (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva). El llamado lo realizaba una grupal de socorristas o una mujer a la que, habiendo llamado a las socorristas, se le solicitaba que llame al 0800 porque requería una ILE. Este llamado disparaba una “secuencia”, es decir un mecanismo de comunicación con la referente provincial del programa para proveer la medicación y un equipo del sistema de salud que se hiciera cargo del caso y estuviera en contacto con las socorristas. Desde SenRed se le daba igualmente el

taller con la información y se le ofrecía acompañamiento durante el proceso.

La segunda contingencia que nos atravesó profundamente es la legalización del aborto en la Argentina, con la promulgación de la ley 27610 de Acceso a la Interrupción del Embarazo en diciembre del 2020.

A pesar de que todas las entrevistas fueron realizadas antes de esa fecha, en la guía de entrevistas en profundidad ya se había previsto la pregunta sobre el rol de las socorristas en un escenario de aborto legal.

Con la legalización y el escenario pandémico, con las interacciones frecuentes y directas entre las referentes provinciales de salud sexual y reproductiva y las socorristas, se pone en valor la idea de que este trabajo comunitario que viene haciéndose no será reemplazado por el sistema de salud.

Estas formas de trabajo, este dispositivo, que las socorristas llaman “acompañar”, son virtuosas en su conjunto y es poco probable que, con la configuración de la práctica médica actual, los equipos de salud puedan alcanzar este modo de hacer.

Por último, el estudio del impacto presupuestario para la salud pública de la provincia de Neuquén resultó contundente, demostrando una sustancial reducción del gasto total en internaciones por complicaciones de aborto, de un 59% respecto del gasto previo a la existencia del dispositivo Socorro Rosa.

En definitiva, los resultados de este trabajo coinciden con la conversación y la producción bibliográfica internacional acerca de estas organizaciones y de la necesidad de incorporarlas a los cuidados de la salud.

# 6

## Relevancia para la salud pública

Con la amplia difusión del aborto con medicamentos, las mujeres se han organizado para ayudar a otras mujeres y personas gestantes a abortar en condiciones más seguras, a través de líneas telefónicas u otros recursos. Desde la aparición de las organizaciones de mujeres que ayudan a abortar a otras mujeres el incremento de este tipo de experiencias comunitarias ha sido notable, pero aún muchos de sus aspectos no han sido evaluados

Con la caracterización de esta experiencia feminista, anclada en lo comunitario, y extendida a todo el territorio nacional, esperamos hacer un aporte a la conversación existente en el mundo sobre la posibilidad de desmedicalizar el aborto y, sobre la base de una estrategia de “tareas compartidas”, informar la existencia de otro tipo de proveedores de abortos seguros.

Socorristas en Red es hoy la única organización que existe en la Argentina como red no profesional sino exclusivamente comunitaria, cuyo dispositivo Socorro Rosa está configurado como un “acompañamiento”. Esto tiene una singularidad, una potencia y un virtuosismo basado en la tarea específica del dispositivo y sus formas de llevarla adelante, que, en nuestra opinión, no sería posible reemplazar por la práctica médica habitual en el sistema de salud formal.

Los aportes de las socorristas (SenRed) deben ser visibilizados no solo por el valor del dispositivo Socorro Rosa en sí mismo, sino también en función de sus otras prácticas, en términos de:

- a) La producción de información sistemática y pública sobre su trabajo, que da cuenta del impacto sanitario que tienen por la amplia cobertura que brindan con efectividad y seguridad por fuera del sistema de salud, lo que significa que este dispositivo comunitario debe ser tenido en cuenta como una forma de mejora en el acceso al aborto seguro en nuestro país.
- b) La producción de conocimientos a través de la participación en estudios de investigación en asociación con investigadores y equipos internacionales para producir evidencia no solo sobre sus procesos autogestionados de aborto, sino también acerca de la efectividad y seguridad de los medicamentos y del dispositivo, usados fuera del contexto del sistema de salud (Moseson *et al.*, 2020; Moseson, 2020).
- c) Su compromiso con las prácticas feministas, que produce no solo reflexiones sino acciones novedosas que interpelan a la sociedad y a ellas mismas.
- d) La relación que han construido con el sistema de salud a lo largo de toda su existencia, que también obliga a este interpelarse y mejorar sus saberes. Esta relación hace que muchos actores del sistema de salud reconozcan que esta organización, con la que interactúan en ocasiones, facilita su tarea y tiene impacto en los resultados sanitarios.
- e) Su capacidad de reacción y gestión, que permitió que durante la pandemia de covid-19 sus prácticas se reconfiguraran y terminaran mejorando la articulación con el sistema de salud, mostrando una vez más que los modelos de acceso al aborto desmedicalizado son simples, accesibles y no solo posibles sino deseables.

- f) Los impactos no solo simbólicos en cuanto a la desmedicalización de la práctica, sino también los sanitarios, en términos del acceso, y los económicos, con una notable reducción en el gasto en salud por complicaciones de abortos.
- g) Su tarea no se agota con la legalización del aborto, sino que está destinada a enriquecer los saberes, mejorar las experiencias de las mujeres y personas gestantes, reducir el estigma y favorecer un acceso diferente al aborto legal.

# 7

## Agradecimientos

A todas las socorristas de la Argentina por la colaboración desinteresada con este trabajo y por el trabajo que realizan.

A Ruth Zurbriggen, por su estar siempre atenta, y por su inteligencia y creatividad.

Al equipo de trabajo con el cual enfrentamos los cambios que nos impuso la pandemia y realizamos la tarea.

Un recuerdo a la querida Graciela Alonso, docente e investigadora, una de las líderes de La Revuelta de Neuquén, a quien no alcanzamos a entrevistar.

# Referencias bibliográficas

Aiken, A. R., Digol, I., Trussell, J., & Gomperts, R. (2017). Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online tele-medicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *BMJ*, 357.

Baum, S. E., Ramírez, A. M., Larrea, S., Filippa, S., Egwuatu, I., Wydrzynska, J., ... y Jelinska, K. (2020). "It's not a seven-headed beast": abortion experience among women that received support from helplines for medication abortion in restrictive settings. *Health Care for Women International*, 41(10), 1128-1146.

Berro Pizzarossa, L. y Nandagiri, R. (2021). Self-managed abortion: a constellation of actors, a cacophony of laws?. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1899764.

Calvert, C., Owolabi, O. O., Yeung, F., Pittrof, R., Ganatra, B., Tunçalp, Ö., ... y Filippi, V. (2018). The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. *BMJ Global Health*, 3(3), e000692.

Chemlal, S. y Russo, G. (2019). Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. *BMC Women's Health*, 19(1), 1-11.

Coast, E., Lattof, S. R., Meulen Rodgers, Y. V. D., Moore, B., y Poss, C. (2021). The microeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers. *PloS One*, 16(6), e0252005.

- DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud). Estadísticas Vitales Información Básica Año 2013. (2014) ISSN 1668-9054 Serie 5 – Número 57. Disponible en: <<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro57.pdf>>.
- Drovetta, R. I. (2015). Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reproductive Health Matters*, 23(45), 47-57.
- Erdman, J. N., Jelinska, K. y Yanow, S. (2018). Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change. *Reproductive Health Matters*, 26(54), 13-19.
- Faúndez A. (2012). "Strategies for the prevention of unsafe abortion". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119, 68-71.
- Faundes, A. (2010). O uso do misoprostol no Brasil. *Aborto medicamentoso no Brasil*.
- Gambir, K., Kim, C., Necastro, K. A., Ganatra, B. y Ngo, T. D. (2020). Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., y Bearak, J. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381.
- Ganatra, Bela, *et al.* (2014). "From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion". *Bulletin of the World Health Organization* 92.3, 155-155.
- Gerdt, C., Vohra, D. y Ahern, J. (2013). Measuring unsafe abortion-related mortality: A systematic review of the existing methods. *PloS One*, 8(1), e53346.
- Gerdt, C., Jayaweera, R. T., Kristianingrum, I. A., Khan, Z. y Hudaya, I. (2020). Effect of a smartphone intervention on self-managed medication abortion experiences among safe-abortion Hotline clients in Indonesia: A randomized controlled trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(1), 48-55.

Grimes, David A., *et al.* (2006). "Unsafe abortion: The preventable pandemic". *The Lancet* 368.9550, 1908-1919.

Grossman, D., Baum, S. E., Andjelic, D., Tatum, C., Torres, G., Fuentes, L. y Friedman, J. (2018). A harm-reduction model of abortion counseling about misoprostol use in Peru with telephone and in-person follow-up: A cohort study. *PLoS One*, 13(1), e0189195.

Harries, J., Daskilewicz, K., Bessenaar, T. y Gerdtts, C. (2021). Understanding abortion seeking care outside of formal health care settings in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health*, 18(1), 1-8.

Hyman, A., Blanchard, K., Coeytaux, F., Grossman, D., & Teixeira, A. (2013). Misoprostol in women's hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion. *Contraception*, 87(2), 128-130.

Jelinska, K. y Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: Realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, 97(2), 86-89.

Kero, A., Wulff, M. y Lalos, A. (2009). Home abortion implies radical changes for women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 14(5), 324-333.

Kulier R., Kapp N., Gülmezoglu A. M., Hofmeyr G. J., Cheng L., Campana A. Medical methods for first trimester abortion (2011). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11, Art. No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.

La Revuelta y Paz Frontera A. (2019). *Lila y el aborto. Una investigación ficcionada y socorrista con profesionales de la salud en la Patagonia*, Adrogué, La Cebra. Disponible en: <<https://edicioneslacebra.com.ar/wp-content/uploads/2019/12/Lila-y-el-aborto-IMPRENTA.pdf>>.

Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto (comps.) (2010). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2da edición ampliada, Buenos Aires. Disponible en: <<https://nebula.wsimg.com/f7467bb21a591c-137c8202a4691e0087?AccessKeyId=D34CC03CC1FCC38F3272&disposition=0&alloworigin=1>>.

Leslie, D. L., Liu, G., Jones, B. S. y Roberts, S. C. (2020). Healthcare costs for abortions performed in ambulatory surgery centers vs. office-based settings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 348-e1.

Lince-Deroche, N., Ruhago, G., Castillo, P. W., Williams, P., Muganyizi, P. y Bankole, A. (2021). The health system costs of post abortion care in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-15.

Mario, S. y Pantelides E. A. (2009). “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”. *Notas de población*, 87, 95-120.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud). Egresos Establecimientos Oficiales por Diagnósticos-2013. Serie 11, N° 14.

Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud (2004). *Bases del Plan Federal de Salud*. Disponible en: <[http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004\\_Plan\\_Federal\\_Salud.pdf](http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf)>.

Ministerio de Salud y Ambiente (2005). Resolución 989/2005. *Guía para el mejoramiento de la atención posaborto*. Disponible en: <<https://es.scribd.com/document/96504906/Guia-para-el-Mejoramiento-de-la-Atencion-Post-Aborto>>.

Monteverde, M. y Tarragona, S. (2020). Abortos seguros e inseguros. Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018. *Salud Colectiva*, 15, e2275.

Moseson, H., Keefe-Oates, B., Jayaweera, R. T., Filippa, S., Motana, R., Bercu, C. y Gerdtts, C. (2020). Studying Accompaniment model Feasibility and Effectiveness (SAFE) Study: Study protocol for a prospective observational cohort study of the effectiveness of self-managed medication abortion. *BMJ Open*, 10(11), e036800.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S. E. y Gerdtts, C. (2020). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S. y Gerdtts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication

abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *The Lancet Global Health*, 10(1), e105-e113.

Moore, A. M., Dennis, M., Anderson, R., Bankole, A., Abelson, A., Greco, G. y Vwalika, B. (2018). Comparing women's financial costs of induced abortion at a facility vs. seeking treatment for complications from unsafe abortion in Zambia. *Reproductive Health Matters*, 26(52), 138-150.

Navarro *et al.* (2015). "Demografía médica argentina". Análisis de la distribución geográfica de médicos especialistas en la República Argentina. Disponible en: <[http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos\\_fuerza\\_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/NavarroP-y-otros-de](http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/NavarroP-y-otros-de)>

Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H. y Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 360-370.

Parmar, D., Leone, T., Coast, E., Murray, S. F., Hukin, E. y Vwalika, B. (2017). Cost of abortions in Zambia: A comparison of safe abortion and post abortion care. *Global Public Health*, 12(2), 236-249.

Políticas de Salud Sexual y Reproductiva (2011). Avances y Desafíos. Balance 2003/2011. PNSSYP.

Ramos, S., Romero M. y Aizenberg L. (2014). "Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: The case of Argentina". *Reproductive Health Matters, Suppl* (43), 1-12

Raymond, E. G., Harrison, M. S. y Weaver, M. A. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 133(1), 137.

Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) (2018). *Las cifras del aborto en la Argentina*. Disponible en: <<http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/64-CIFRAS%20ABORTO-REDAAS-singlepage.pdf>>.

Renner R. M., Brahmi D. y Kapp N. (2013). Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review BJOG. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(1), 23-31.

Robson, S. C., *et al.* (2009). “Randomised preference trial of medical versus surgical termination of pregnancy less than 14 weeks’ gestation”. *Health Technology Assessment*, 13.53, i-148.

Romero, M., Zamberlin N. y Gianni A. C. (2010). “La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos”. *Salud Colectiva*, 6(1), 21.

Romero, M. y Moisés, S. (2020). El aborto en cifras. Serie documentos REDAAS. Disponible en: <<http://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/187-El%20aborto%20en%20cifras,%202020%20-%20MR%20y%20SM%20-%20REDAAS.pdf>>.

Rosso, L. (2019). *Estamos para nosotras. Experiencias de socorrismo feminista en el siglo XXI*, Buenos Aires, Chirimbote, Cooperativa de Trabajo Ltda.

Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., ... y Johnston, H. B. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 11 de mayo de 2016. Disponible en: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/fulltext)>.

Song, L. P., Tang, S. Y., Li, C. L., Zhou, L. J. G. Y. K., y Mo, X. T. (2018). Early medical abortion with self-administered low-dose mifepristone in combination with misoprostol. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(9), 1705-1711.

Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... y Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642-2692.

Tan, Y. L., Singh, K., Tan, K. H., Gosavi, A., Koh, D., Abbas, D. y Winikoff, B. (2018). Acceptability and feasibility of outpatient medical abortion with mifepristone and misoprostol up to 70 days gestation in Singapore. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 229, 144-147.

Winikoff, B., *et al.* (2012). “Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age”. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1070-1076.

WHO Guideline (2012). Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems. Segunda edición. Disponible en: <[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/)>.

World Health Organization (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición.

World Health Organization (2019). WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. En: WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights.

Zamberlin, N., Romero M. y Ramos S. (2012). “Latin American women’s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted”. *Reproductive Health*, 9(1), 34.

Zamberlin, N. (2007). “El aborto en la Argentina”. Hoja Informativa N° 3, junio, edición digital en: <[www.despenalizacion.org.ar](http://www.despenalizacion.org.ar)>.

Zurbriggen R. *et al.* (2013). “Decidir abortar, decidir acompañar. *Socorro Rosa*: un servicio de prácticas y experiencias en clave feminista”, en Zurbriggen R. y Anzorena C. (comps.), *El derecho al aborto, otra historia es posible*, Buenos Aires, Editorial Herramienta,

Zurbriggen R. (2012). “Políticas *de y con* los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar)”, en Fernández, A. y Siqueira Pérez, W., *La diferencia desquiciada*, Buenos Aires, Biblos.

Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B. y Gerds, C. (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: The model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception*, 97(2), 108-115.