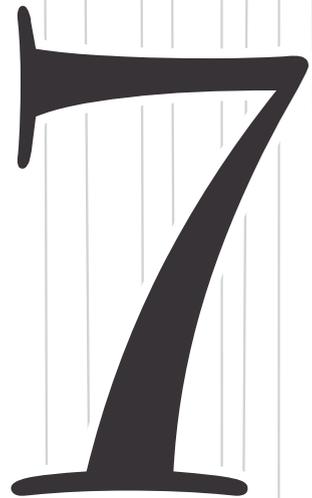


Anticoncepción y aborto: reflexiones en torno a las políticas de sexualidad y programas de salud reproductiva en Argentina y Brasil*

*Contraception and Abortion:
Reflections on Sexuality Policies and Reproductive
Health Programs in Argentina and Brazil*

Cynthia del Río Fortuna

*Profesora, Universidad de Buenos Aires / Investigadora asistente, CONICET.
Doutorado em Antropologia
cynthiadrdf@gmail.com*



Resumo

El presente artículo analiza el lugar del aborto en las discusiones en torno a las transformaciones jurídicas y programáticas que se dieron en el proceso de construcción de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, con creciente reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en Brasil y Argentina. Luego, el análisis se enfoca en las rutinas profesionales en torno al aborto y la anticoncepción en Argentina, a partir de la relectura del material de campo de una investigación etnográfica propia en un servicio hospitalario de la ciudad de Buenos Aires devenido “referente” para prácticas controvertidas en salud reproductiva. El aborto se manifiesta como un significante potente y omnipresente a la vez que con relativa elasticidad semántica. Su regulación política y, en relación con él, el despliegue de actividades de promoción y prescripción de anticoncepción, se revela como un dispositivo de control social de los cuerpos y las subjetividades de las mujeres.

Palabras clave: Políticas. Aborto. Anticoncepción. Sexualidad. Derechos. Responsabilidad.

Abstract

This article analyzes abortion's place in debates around legal and programmatic changes during process of construction of sexual and reproductive public policies in Brazil and Argentina, in a context of growing acknowledgment of sexual and reproductive rights. Afterwards, from the review of field work material in a hospital –which is “a reference” for controversial practices in reproductive health– the analysis focuses on professional routines about abortion and contraception in Buenos Aires, Argentine. Abortion shows itself as a powerful and omnipresent significant although with a relative semantic flexibility. Its political regulation –and, related to it, the implementation of promotion and contraception methods' prescription– appears as a social control device of women's bodies and subjectivities.

Keywords: Policies. Abortion. Contraception. Sexuality. Writings. Responsibility.

Introducción: problemas de población, sexualidad y reproducción social en la política

Las políticas que organizan el acceso a los medios para regular la fecundidad —métodos anticonceptivos y aborto— constituyen técnicas políticas de regulación y control de las poblaciones, control que, con el capitalismo, se vuelve imprescindible y se centra en el dominio de sus procesos vitales —o *biopoder*— entre los cuales la sexualidad representa su principal dispositivo, tal como fue planteado por Foucault en el primer volumen de su *Historia de la Sexualidad* ([1976] 2002). El régimen de biopoder, apoyado en saberes disciplinares —tendientes a la normalización de los cuerpos y que, para el caso de la sexualidad, fue hegemonizada por la biomedicina— y aparatos de gobierno, apunta a lidiar con el *problema de la población* (FOUCAULT, 1978), de su gobierno, o *gubernamentalidad*. Este concepto se refiere a la aparición de la población como objeto o meta de gobierno y, a la vez, como instrumento de este gobierno a partir de las transformaciones económicas y demográficas del siglo XVIII, movimiento paralelo al de surgimiento de los Estados modernos.

Veamos entonces, cómo se manifestó el “problema de la población” en la historia reciente de Argentina y Brasil, atendiendo a las políticas que buscaron administrar su crecimiento y reproducción. Políticas que se despliegan en un espacio particular del campo político —aquel donde se construye la política sanitaria en materia de sexualidad y procreación— y que remiten especialmente a la gestión de la sexualidad femenina, al tiempo que implican problematizar y (re)significar la experiencia de la sexualidad reproductiva y no reproductiva de las mujeres.

El movimiento internacional de promoción de la “planificación familiar” ingresó en América Latina —con diferencias entre los distintos Estados— durante los años ’60 y ’70. La expansión del uso de métodos de regulación de la natalidad que aquella implicaba, se planteó como estrategia idónea para contener el aumento de la población del tercer mundo, vista como una amenaza para el sostenimiento orden sociopolítico capitalista desde la óptica de los países centrales que reflataban la tesis malthusiana.¹

En Argentina, esta propuesta encontró una fuerte resistencia en todo el arco político: desde la derecha, se la interpretó como una amenaza a la soberanía nacional, entendiendo que la seguridad del territorio exigía exactamente lo contrario, es decir, una mayor densidad demográfica. Desde la

¹ Participaron de este movimiento una serie de agencias privadas tales como la *International Planned Parenthood Federation*, la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller, entre otras.

izquierda, la iniciativa controlista fue considerada una intervención imperialista “yanqui” tendiente a limitar (el poder de) la clase obrera (FELITTI, 2009). No obstante, por ese entonces los métodos anticonceptivos, en principio reversibles y solamente más tarde las técnicas quirúrgicas que implican efectos permanentes —ligadura de trompas de Falopio o ligadura tubaria y vasectomía o ligadura de conductos deferentes—, comenzaron a tener mayor aceptación entre la corporación médica, al considerar que su adopción evitaría el recurso al aborto, que ya significaba casi la tercera parte en la estructura de causas de la llamada mortalidad materna (prefiero la noción de “muertes por gestación”, puesto que muchas mujeres acaban muriendo justamente como consecuencia de la interrupción voluntaria del embarazo, generalmente debido a las condiciones de inseguridad en que es practicado el aborto clandestino por parte de mujeres pobres).

En el contexto de lo que a principios de los años ´70 se conoció como el “fin del milagro brasileño” —una inflexión en el proceso socioeconómico de crecimiento— se fue consolidando allí una preocupación política en torno a los patrones reproductivos de su población. El movimiento por la planificación familiar había comenzado a accionar en la década anterior y promocionaba la adopción de métodos anticonceptivos modernos como solución a la mortalidad materna por aborto (que también aquí constituía un serio problema de salud pública) y alta paridad, al tiempo que promovía decisiones reproductivas en términos economicistas: el modelo de familia más bien pequeña aparecía como ejemplo de racionalidad y responsabilidad individual, al tiempo que acorde con las necesidades de desarrollo económico del país (SERRUYA, 1996).

Fue en esos contextos que los estados de ambos países comenzaron a apartarse del perfil pro natalista que hasta entonces los había caracterizado. Entre las medidas que se ajustaban a esta intención cabe destacar la existencia de normas que sancionaban la propaganda de métodos anticonceptivos que, en Brasil, tuvieron lugar hasta mediados de los ´70 (ALVARENGA y SCHOR, 1998), y en Argentina —aunque su implementación no fue sistemática— fueron derogadas formalmente recién en los años ´80 (FELITTI, 2009). Para el caso brasileño, vale destacar la rápida expansión que cobró la anticoncepción quirúrgica femenina, donde llegó a ser el método anticonceptivo más utilizado,² expansión que evidencia la implicación del cuerpo médico, que más allá del interés económico en la

² En el año 1996, del 76,7% de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y en unión sexual que usaban algún método, el 40% estaba ligada (del informe de la BEMFAM de 1997, citado en MINELLA, 1998a).

provisión de esta práctica, cuyxs profesionales participaban con la intención manifiesta de evitar el aborto y reducir así la mortalidad femenina por esa causa (MINELLA, 1998b), además de adherir a la perspectiva neomalthusiana y su postulada necesidad de regular el crecimiento demográfico a través del control de la natalidad, sin dejarlo librado a la iniciativa individual (BARROSO, 1984).

En el proceso de reconocimiento y legitimación de los derechos sexuales y reproductivos —abierto, sostenido y consolidado por iniciativa de movimientos de mujeres—, está implicada la política de gobierno de la población, a través de disputas, negociaciones y demandas sobre las intervenciones que atañen a sus comportamientos en materia de sexualidad, anticoncepción y reproducción. En el proceso de expansión de aquellos derechos —no libre de contramarchas y tensiones— y su cristalización en normas y prácticas asistenciales a través de las cuales se vuelven disponibles los recursos y las condiciones que permiten a la población la puesta en acto de decisiones libres en materia de (no) reproducción, el aborto ocupa un lugar paradójico: por un lado, continúa constituyendo un claro límite a la autonomía de las mujeres puesto que, lejos de ser un derecho, es una práctica penalizada por la legislación en ambos países.³

Por otra parte, y en función de su ejercicio en la clandestinidad, sirvió de fundamento para dicha expansión: desde los primeros programas de “procreación — responsable” hasta la más reciente liberalización de la anticoncepción quirúrgica—, se justificaron,⁴ más que en función de la “autonomía” de las mujeres —como es reivindicación de los movimientos de mujeres—, en la ponderación de las consecuencias epidemiológicas del aborto realizado en condiciones precarias (en términos de “morbimortalidad

³ El Código Penal Argentino tipifica la interrupción provocada del embarazo como un delito contra la vida, y prevé penas con reclusión o prisión para profesionales y mujeres involucradas (art. 85 a 88). Lo admite como intervención no punible siempre que sea realizado por un profesional diplomado y con el consentimiento de la mujer en dos situaciones: 1º) si es para “evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; 2º) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometidos sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto” (art. 86, CPA). También el Código Penal Brasileiro tipifica el aborto como crimen contra la vida humana, y prevé penas de prisión, al tiempo que lo permite en tres situaciones: si no hay otro medio para salvar la vida de la gestante puesta en riesgo con la continuidad del embarazo; si el embarazo es producto de una violación (art. 128, CPB) y, desde 2012 (por decisión del Supremo Tribunal Federal), si el feto es anencefálico. Sin embargo, las prácticas instaladas hacen realmente muy difícil acceder al aborto no punible en ambos países, permaneciendo las más de las veces en la clandestinidad (HEILBORN, 2012).

⁴ Como surge del análisis de argumentos vertidos en diferentes instancias (debates, prensa especializada, asociaciones/sociedades profesionales) y discusiones parlamentarias en distintas jurisdicciones (nación, provincias y ciudad de Buenos Aires), expedientes administrativos y judiciales, y del abordaje etnográfico de las rutinas médico hospitalarias realizado en un estudio etnográfico reciente en torno a la regulación del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina (DEL RÍO FORTUNA, 2010).

materna”),⁵ e incluso de su impacto para la “salud familiar” (en referencia a las consecuencias de las muertes de las mujeres para sus hijos/as). Así, el aborto y las prácticas anticonceptivas se encuentran vinculadas desde la lógica de la prevención en el campo de la salud pública (DEL RÍO FORTUNA, 2013, 2011). Continuando con la línea de investigación iniciada en esos trabajos, donde exploré los sentidos compartidos y divergentes entre el aborto y la ligadura tubaria en las políticas desplegadas en Brasil y Argentina, en este artículo profundizo el análisis de los sentidos que organizan las prácticas asistenciales en torno a la anticoncepción en general (o sea, no sólo las prácticas quirúrgicas) y el lugar que presta en ellas la experiencia del aborto por parte de las mujeres que son asistidas.

Para ello, revisito el corpus empírico de una investigación etnográfica sobre la regulación de la sexualidad femenina a través del caso de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en ciudad de Buenos Aires, Argentina (DEL RÍO FORTUNA, 2010). El trabajo de campo fue realizado en los años 2008 y 2009 en un servicio de obstetricia de un hospital público de esta ciudad, devenido “referente” para esa práctica, entre otras que generan incomodidades entre lxs profesionales y vulneración de derechos para las que consultan, como lo son la atención del aborto en curso y la atención de trabajadoras sexuales (mujeres y travestis), entre otras. Se realizó observación intensiva en distintos espacios del servicio (consultorio, sala de espera, despacho de la dirección, ateneos internos), y entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y a mujeres que consultaban o se habían ligado las trompas en ese servicio.

La anticoncepción como “urgencia”: estrategia (política) de salud pública

Desde que se puso en marcha el “Programa de Procreación Responsable”,⁶ en 1987 —primera iniciativa oficial en el país que explícitamente se proponía garantizar el acceso de la población a información y métodos anticonceptivos—, en el servicio funciona un consultorio especialmente orientado a la atención de consultas por este motivo o “consejería en anticoncepción”, de acuerdo con la jerga local. Tanto lxs

⁵ En Argentina, desde hace más veinte años el aborto inseguro constituye la primera causa directa de mortalidad de mujeres gestantes (AAVV, 2012).

⁶ Bajo la égida del gobierno local, en la ciudad de Buenos Aires, actualmente redenido Programa de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante PSSyR).

profesionales que forman parte del equipo de salud vinculado con este consultorio, como la asignación de días y horarios de atención, se disponen teóricamente de modo especializado y exclusivo dentro de él, de acuerdo con diversos criterios con los que se recorta a la población que allí consulta —y que implica la construcción de ciertas cuestiones como problemáticas—, a saber: “consejería para ligadura” (donde también se atienden consultas por la práctica de vasectomía, en articulación con los servicios de ginecología y urología); el “consultorio posaborto”, y el “consultorio para adolescentes”.

El servicio adopta una perspectiva que prioriza la “prevención” del embarazo no planificado —con la intención explícita de evitar el eventual recurso al aborto y, con ello, los riesgos de su realización en condiciones precarias— y la “optimización de oportunidades”, términos con los que la jefa del servicio se refiere al “aprovechamiento” del contacto de la población consultante por motivos gineco-obstétricos en función de la promoción de adopción de medidas anticonceptivas. Con esta perspectiva, y a fin de ampliar su alcance, las actividades de “consejería en anticoncepción” se realizan no solamente en el consultorio referido sino también en la sala de internación del servicio, donde permanecen tanto las mujeres que parieron como aquellas que atravesaron un aborto. Tales actividades están a cargo de tocoginecólogos, y también son realizadas por las parteras del servicio, en la sala de internación y en el marco del “curso para el parto”. La prescripción y/o entrega o colocación del método anticonceptivo decidido por las mujeres —aunque en una relación por definición asimétrica— durante la consulta, prescinde de estudios de laboratorio y gineco-mamarios solicitados de rutina durante la misma consulta,⁷ pero cuyos resultados estarán disponibles con posterioridad a la adopción del método escogido. Vale señalar que la prescripción de métodos por parte de las parteras — con una especialización formal en salud reproductiva—, y también su prescripción sin los resultados de los estudios solicitados, son modalidades de atención controvertidas, puesto que una perspectiva médica más conservadora sostiene la necesidad de contar con tales resultados antes de adoptar un método que debe ser indicado por un/a profesional médico. Se alinean con esta óptica profesionales que consideran menester “interrogar” a la mujer que procura atención con un aborto en curso, a fin de que “confiese” las maniobras abortivas (que, si tuvieron lugar, no suelen ser explicitadas en primera instancia, debido a su ilegalidad) para, según plantean, poder administrar el tratamiento adecuado.

⁷ Papanicolau y colposcopia para el DIU, análisis de laboratorio para las píldoras anticonceptivas.

El servicio en cuestión, por el contrario, promueve entre sus profesionales prácticas de atención respetuosa y diligente, tendientes a mejorar “la calidad de la atención del aborto en curso”. Con esta intención, el servicio fue “campo” para una investigación sociomédica realizada por un centro de estudios acerca de las condiciones de atención del aborto incompleto, seguida de una instancia de capacitación para sus profesionales. Así, el servicio se proponía una conducta asistencial que, además de utilizar procedimientos menos invasivos como la AMEU —aspiración manual endouterina— (que reducen el tiempo de internación y no exigen necesariamente la administración de anestesia general), se alejara de los malos tratos que signan el pasaje de las mujeres por las instituciones de salud en estas circunstancias: como la bibliografía sociológica ha señalado (Checa y Rosenberg, 1996; Ramos y Viladrich, 1993), y las organizaciones de mujeres continúan denunciando hoy día —si bien estas prácticas se encuentran en disminución— las mujeres que ingresan a los servicios públicos con un aborto en curso son acosadas con interrogatorios en los que se las sospecha y culpabiliza tanto de provocar la interrupción del embarazo como de no buscar atención médica a tiempo, denunciadas policialmente, y hasta sometidas a auténticas torturas, como tener que esperar la expulsión de los restos de la gestación interrumpida sin que se les administre analgésicos, o incluso tener que soportar la realización de legrados sin anestesia (AAVV, 2012).

Desde la Coordinación del PSSyR, como pude presenciar durante uno de los encuentros mensuales del curso anual de capacitación que este programa lleva adelante año tras año, dirigido a profesionales que se desempeñan en centros sanitarios de la ciudad que son sus efectores, también se alentó la prescripción de anticonceptivos durante las consultas por este motivo sin dilaciones, evitando “*indicar una chorrera de estudios*”. En otra de esas jornadas, fue el expositor invitado —Coordinador del Programa de Atención Posaborto de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de Nación y médico de guardia del servicio donde realicé trabajo de campo— quien estableció con contundencia este mismo orden de prioridades, al plantear, por ejemplo, que la colocación de un dispositivo intrauterino no requiere contar con el resultado de un estudio Papanicolau, y aclaró que “*es preferible tratar un cáncer con DIU [dispositivo intrauterino], que un cáncer con embarazo*”, y remitió esta ecuación a un caso que se dio en la provincia de Santa Fe y que alcanzó gran repercusión mediática: se trata de una joven —Ana María Acevedo, puesto que su nombre trascendió ampliamente— a la que se le había diagnosticado cáncer de mandíbula y,

cuando estaba por comenzar el tratamiento oncológico, un embarazo temprano. Lxs profesionales que intervinieron se negaron a practicar el aborto (condición necesaria para administrar el tratamiento) que ella y su madre solicitaron y, en su lugar, apenas la medicaron para paliar el dolor. Su beba nació por cesárea antes de término y falleció horas después y, tres semanas más tarde, falleció Ana María, a sus 20 años (el 17 de mayo de 2007). El profesional y funcionario invitado destacó, incluso, la posibilidad de que, como en ese caso, lxs médicxs acaben enfrentando “*un flor de juicio*”, ya que la sentencia que procesó a profesionales y directivos de los hospitales por los que pasó esta muchacha sentó precedente: la negativa a practicar un aborto legal constituye un delito.⁸ Con este comentario, al tiempo que promovía la atención “urgente” de las consultas por anticoncepción como estrategia privilegiada para evitar el impacto del aborto,⁹ pone en evidencia y cuestiona el proceder de profesionales que, por negarse a interrumpir un embarazo, ponen en riesgo a la salud y la vida de las mujeres. Entre las acciones promovidas desde el programa que coordina se encuentran la atención sin dilaciones de las mujeres con un aborto en curso, su “trato humanizado”, y la “consejería en anticoncepción” antes del alta. Esta perspectiva es la que, de entre las estrategias desplegadas por el servicio de marras (arriba comentadas), hace especial énfasis en la adopción de medidas anticonceptivas por parte de mujeres que transitaron un aborto (entre otras “subpoblaciones” podríamos decir), como veremos luego. Antes, me referiré brevemente a las principales actitudes profesionales relevadas y manifiestas en torno al aborto y la anticoncepción en el servicio.

De avances y resistencias internas

A pesar de la estructura jerárquica que caracteriza los servicios de salud, cuya labor cotidiana suele estar “teñida” por las valoraciones y prescripciones que establece su autoridad, no se llega a consolidar una actitud

⁸ La causa judicial es llevada adelante por la organización Multisectorial de Mujeres de Santa Fe.

⁹ Aun con una ligera disminución de su participación en la estructura de causas de las defunciones por gestación, puesto que pasó de ser la causa de un tercio de ellas durante más de una década (RAMOS ET AL., 2004) para ser responsable del 24% en 2011 (DEIS, 2012), presumiblemente por el relativo alcance del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (que distribuye anticonceptivos en todo el territorio, aun con ciertos déficits); la extensión del aborto medicamentoso, y el mejoramiento de la calidad de la atención posaborto, según refirió en esa jornada el expositor. Cabe señalar que, no obstante, aún no existe un protocolo para la atención de las complicaciones del aborto inseguro, como recientemente denunciara, ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, un conjunto de organizaciones que elevó un informe sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país (AAVV, 2012).

común al interior del equipo de profesionales frente al aborto. La energía e intención de la médica que ejerce la jefatura, que se presenta alineada con los “derechos de las mujeres” (sic), consiste en promover el cumplimiento de las normas a través de un proceso de sensibilización y alianzas estratégicas con lxs profesionales que comparten este enfoque, a fin de facilitar la dinámica cotidiana en cuanto a la atención de “casos” que resultan dilemáticos para lxs profesionales, como la realización de abortos no punibles.¹⁰

Si bien el Código Penal Argentino preve ciertas circunstancias en las que la interrupción del embarazo no es sancionable,¹¹ las resistencias a proveer esta práctica son moneda corriente y así, resulta casi siempre imposible el acceso al aborto no punible. No solamente porque lxs profesionales apelan a la “objección de conciencia”¹² para rehusarse a practicarlo, sino porque tanto profesionales como funcionarixs judiciales —cuando son interpeladxs por profesionales y/o mujeres que se dirimen frente a esta alternativa— interpretan de manera restringida las cláusulas de permisividad legal: en cuanto a la primera, suele concebirse la salud en un sentido biomédico, organicista, ignorando los padecimientos y malestares que el embarazo y la eventual maternidad implican para las mujeres que solicitan el aborto. En cuanto a la segunda de esas cláusulas, son corrientes las lecturas de su aplicabilidad exclusivamente cuando la violación de la que es producto el embarazo tuvo por víctima a una mujer “idiota o demente”.

Por su parte, la jefa del servicio había celebrado la publicación de una resolución del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (nº1174/07), sobre el “procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles”.¹³ También participó, junto a algunas de las profesionales del servicio, en reuniones organizadas por el Ministerio de Salud de Nación para garantizar el derecho al aborto en situaciones de no punibilidad,

¹⁰ Aunque es dable resaltar labúsqueda e implementación de estrategias tendientes a garantizar la provisión de prácticas legales, sigue siendo menester operativizar un registro público de profesionales que apelen a la figura de la objección de conciencia a fin de evitar el común “doble estándar” entre el ejercicio de la medicina en servicios públicos y el mercado médico clandestino en que se inserta el aborto.

¹¹ Ver nota al pie nº 3.

¹² La “objección de conciencia” es “una forma de desobediencia jurídica” que implica que, en virtud de sus imperativos éticos (religiosos o no), las personas pueden, con su conducta u omisión, contrariar la ley (NAVARRO FLORIA, 2006, p. 314). Para el caso de las prácticas médicas, la Argentina la reconoce —aunque de manera dispar entre jurisdicciones, especialidades y materias de salud— como un derecho de quienes se desempeñan en este campo y, en algunos casos, se extiende a las instituciones, aunque en ningún caso deber ser obstáculo para el ejercicio de derechos por parte de lxs pacientes (ALEGRE, 2009).

¹³ Esta normativa participa de la interpretación restrictiva en torno a la segunda cláusula de no punibilidad prevista en el Código Penal: lo plantea como “aborto eugenésico”, sólo realizable “cuando el embarazo sea producto de una violación cometida sobre una mujer con discapacidad mental ‘idiota o demente’” (de los considerandos de la Res. Nº1174/07).

y que resultaron en la elaboración de la *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*, originalmente publicada en 2007.¹⁴

También, como pude registrar en ocasión de una de las reuniones periódicas del equipo a cargo de consultorio de salud reproductiva, la jefa del servicio expresó gran entusiasmo en relación con la realización de actividades de consejería preaborto, al tiempo que alentó el trabajo “a la uruguaya”.¹⁵ Se mostró orgullosa a la vez que ansiosa:

“si todo sale bien vamos a empezar a trabajar menos en las sombras”, y este momento sería, según ella “cuando la gente entienda que es para la reducción de daños. Ese argumento no se puede objetar, porque no se trata de *hacer* un aborto, sino de evitar mayores riesgos para la que quiera abortar” (notas de campo, el énfasis le pertenece).

Se lee en su comentario el esfuerzo por quitar responsabilidad (penal) al profesional que asistiera a la mujer con información acerca de la práctica del aborto (puesto que la maniobra abortiva, estrictamente hablando, no estaría en manos de lxs profesionales), al tiempo que les asigna el deber de asistir con información a las mujeres que consulten por este motivo, propuesta que puede ser asimilado a una estrategia de “reducción de daños”.¹⁶ Sin embargo, en

¹⁴ Allí se explicita que las situaciones previstas de no punibilidad en caso de embarazo por violación, alcanza a todas las mujeres, independientemente de su capacidad intelectual. Esta guía fue objeto de fuertes ataques y su divulgación fue suspendida, paralelamente con la salida del Ministro de Salud de la Nación —Dr. Ginés González García—, quien había trabajado activamente para allanar el derecho a esta controvertida intervención entre otras, como la anticoncepción quirúrgica. La guía fue reeditada en 2010, y está disponible a través del sitio web del Ministerio (El 13 de marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió un fallo (CSJN, “F., A. L. s/medida autosatisfactiva”, disponible en: donde explicita el mismo alcance de la no punibilidad del aborto en caso de violación, aclara que no es requisito el dictamen de una junta médica ni autorización judicial, y exhorta a las autoridades competentes a dictar protocolos hospitalarios y normas de jerarquía sobre la cuestión, y a remover obstáculos institucionales y burocráticos para el acceso a esta práctica, incluyendo el acceso a la información acerca de esta alternativa para todas las mujeres víctimas de violencia sexual. Si bien el acceso efectivo parece haber mejorado en varias jurisdicciones, casi la mitad de las provincias argentinas aún no dictaron protocolos, otras restringen las condiciones establecidas en el fallo, como en ciudad de Buenos Aires, donde se admite la interrupción apenas hasta la 12ª semana de gestación) y el Ministerio de Salud de Nación no jerarquizó la guía mencionada (CARBAJAL, 2013).

¹⁵ Se refería así a la ordenanza 369/04, del Ministerio de Salud Pública de Uruguay (que en 2011 fue incorporada a la ley 18.426) que aprobó la normativa denominada “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. En ella se contemplaba la “consejería pre y posaborto” —que incluye recomendaciones, prescripción de antibióticos, información acerca de maniobras que no se deben realizar, y sobre las “señales de alarma” ante las cuales procurar atención médica — aun cuando la interrupción voluntaria del embarazo continuaba siendo definida como un delito (sobre la implementación de esta normativa, ver ROSTAGNOL, 2011). Más recientemente, a fines de 2012, entró en vigencia una ley que establece como no sancionable la interrupción del embarazo, si la mujer cumple ciertos requisitos, antes de las 12 semanas de embarazo (y 14 en casos de violación o malformación del feto) y reconoce al Estado como proveedor de los recursos para realizar esta práctica de manera medicamentosa y ambulatoria.

¹⁶ Para un abordaje antropológico de la diversidad de prácticas que esta noción informa, ver NICTHER (2006), y para un análisis crítico de esta estrategia de salud pública y sus implicancias en términos de control social, ver ROMANÍ (2008).

aquella instancia su planteo generó una notable incomodidad y el tema fue abandonado sin darse discusión alguna.

A pesar de que la suya no representaba una posición mayoritaria al interior del equipo, lentamente otras profesionales parecían inclinarse a sostener esta perspectiva. La creciente aceptación de las prácticas de aborto no punible y de consejería previa para la interrupción voluntaria del embarazo —cuya legitimidad se construye paulatinamente, en un proceso árido, plagado de tensiones— está, desde la perspectiva profesional, ligada a la necesidad de velar por la salud de las mujeres —procurando evitar peores consecuencias— y no tanto al reconocimiento de su derecho a la autodeterminación y disposición del propio cuerpo. Estas son reivindicaciones incorporadas en la noción de “derechos sexuales y reproductivos” de acuerdo con las demandas del movimiento de mujeres de donde surgió este concepto. Sin embargo, cuando algunas profesionales del equipo aluden a esta consigna, los sentidos contenidos allí no coinciden con aquellas.¹⁷ Constituyen, sí, un elemento para la distinción discursiva, a la vez que orientan su trabajo cotidiano en una perspectiva, todavía muy resistida en la escena sanitaria local, y que se manifiesta en las prácticas asistenciales que efectivamente despliegan, que tanto se expresan en la provisión de alternativas anticonceptivas resistidas (DIU, ligadura, anticoncepción de emergencia), como en una atención más respetuosa de las mujeres que atraviesan un aborto, entre otras actividades.

El trabajo en esta línea es arduo y queda mucho por delante, más aún cuando las resistencias no son explicitadas: en efecto, son muchos menos los profesionales que públicamente se amparan en el derecho a la “objección de conciencia” que aquellos que vulneran los derechos de las mujeres de diferentes maneras (no ofreciendo todas las alternativas en anticoncepción, negándose o dilatando la realización de un aborto no punible, ocultando que es un opción legalmente permitida en ciertos casos, etc.).

En este sentido, desde la dirección se identifica, con más o menos nivel de certeza/sospecha, quienes son los profesionales que se resisten no solamente a la realización de abortos no punibles, sino también a la provisión/prescripción del DIU. El argumento dogmático más extendido entre quienes se niegan a la provisión de este dispositivo es que su mecanismo de acción es *abortivo*, en el sentido de que atenta contra “la vida” del producto

¹⁷ Como se verá más adelante, una de las profesionales más comprometidas con la provisión de ligadura tubaria es una declarada objetora de conciencia para el aborto, en todas las circunstancias.

gestacional.¹⁸ Vale señalar que en las instancias parlamentarias en torno a la sanción de leyes que crearon o jerarquizaron —con el subsiguiente respaldo legal— programas de salud reproductiva (son los casos ley nacional 25.673/03 y la ley 418/00 de la ciudad de Buenos Aires respectivamente, entre otros), uno de los aspectos más álgidos de los debates giró en torno a la inclusión de este dispositivo entre las alternativas disponibles, y la obligatoriedad por parte de lxs profesionales de informar acerca de todas las opciones. Las posturas más conservadoras, particularmente legisladores/as de convicciones católicas,¹⁹ reiteraron la oposición al aborto y el carácter abortivo de algunos métodos, básicamente del DIU. Proponían incluir la “objección de conciencia” para no obligar a lxs profesionales a informar y/o prescribir algunos de ellos. Finalmente primó la obligación de los/as profesionales de explicitar el listado de métodos disponibles y enumerar las alternativas posibles más allá de las convicciones del profesional, tal como quedó sancionado, al tiempo que fue concedida la posibilidad de negarse a prescribir ciertos métodos bajo el amparo de la “objección de conciencia”.

En el servicio en cuestión, su autoridad hace alarde de la cantidad de DIUs provistos, apelando a este dato como una suerte de indicador de una actitud más bien progresista. Además de ser contabilizada, la provisión de este método se acompaña con la identificación de lxs profesionales que efectivamente lo proveen (ergo, también de quienes no lo hacen). Si bien a través de las planillas de provisión de insumos del PSSyR es posible conocer en detalle los métodos prescritos por cada profesional, en el caso del DIU el servicio estableció un mecanismo de control adicional: sellar la etiqueta del envase de cada unidad colocada. Al mismo tiempo —por tratarse de una intervención más invasiva y con ciertos riesgos— la colocación de este dispositivo suele requerir el consentimiento de la mujer, registrado por escrito

¹⁸ Las discusiones acerca del estatus ontológico asignado a la entidad considerada en riesgo desde esta perspectiva, y la noción de “vida” implicada en ella, exceden el alcance de este trabajo. Se recomiendan, entre otros, consultar: MACHADO, 2008, entre otros). Vale resaltar, no obstante, que la propuesta de jerarquización de derechos desde esa perspectiva promulga la supremacía del “derecho a la vida” de esa entidad, por sobre los derechos que asisten a las mujeres en cuyos cuerpos aquella encarna. Asimismo, otro argumento con el que se pretende limitar el alcance de la autonomía de las mujeres para decidir sobre nuestros cuerpos, apela a otra suerte de jerarquización de derechos, tal como manifestó, por ej., una senadora justicialista en la sesión del 9 de agosto de 2006, en que fue sancionada la ley 26.130, de anticoncepción quirúrgica: “(...) los sectores más humildes de la población (...) llegan al aborto, lamentablemente, o a esta posibilidad que se les va a brindar a través de esta ley [ligadura tubaria] como consecuencia de muchas causas indeseables e injustas para ellas. Y me refiero a que no han tenido garantizados los derechos básicos que el Estado debe garantizar ahora y siempre, pero que desde hace muchísimos años, desde hace décadas, no se les garantiza: el derecho a la educación, a la salud.” (Hilda “Chiche” González de Duhalde, versión taquigráfica disponible en Así, el reconocimiento de condiciones de existencia que, para las mujeres de los sectores más desfavorecidos supone la escasez de recursos materiales y simbólicos, es esgrimido para victimizarlas y sostener la priorización de otros derechos —reconocidos de antemano, y en cuya insatisfacción se originarían las prácticas que ella cuestiona— y postergar y resistir aquellos que no se dispone a reconocer.

¹⁹ Este es el posicionamiento de la cúpula de la Iglesia Católica.

en su historia clínica, aunque la implementación de este procedimiento (como del consentimiento solicitado para otras prácticas) se da de maneras variables. Detengámonos ahora en las modalidades de atención de las consultas por anticoncepción donde la provisión de este, entre otros métodos anticonceptivos, tiene lugar.

“Consejería en anticoncepción”

La presentación de las alternativas disponibles ante las mujeres que procuran adoptar medidas anticonceptivas, según pude observar, se da de manera respetuosa y relativamente “neutral” en cuanto a las “ventajas” y “desventajas” de cada una de las opciones, especialmente cuando se trata de la primera consulta por este motivo, donde lxs profesionales dispensan más tiempo a fin de permitir —tal como acostumbran a explicitar frente a las consultantes— que las mujeres puedan elegir el método que ellas consideren que les resultará más cómodo y/o les brindará mayor confianza y bienestar.

Al exponer la diversidad de métodos anticonceptivos disponibles, lo más frecuente es que se mencionen los métodos hormonales (píldoras e inyectables, incluidas las píldoras para el período de lactancia y, en menor medida, la anticoncepción de emergencia); el dispositivo intrauterino y el preservativo masculino, generalmente enfatizando que todos ellos tienen un mínimo margen de error, y que solamente el último evita la transmisión de enfermedades por vía sexual. Las más de las veces la ligadura tubaria no fue mencionada entre las opciones, y mucho menos la vasectomía.²⁰

En cuanto al DIU, los efectos colaterales mencionados varían, y fue excepcional que se incluyera, entre estos, la posibilidad de perforación del útero durante la maniobra de inserción del dispositivo. Esta desgraciada posibilidad —que, se aclaró, tiene bajas probabilidades de ocurrencia, pero nunca del todo ausentes— fue mencionada por quienes, sus colegas lo saben, proveen este método en menor medida. Otrxs profesionales reconocen que la mención de esta rara posibilidad de ocasionar una lesión podría desalentar su elección, ya que, frente a esa información *“nadie se lo pondría”*, expresó una profesional.

Pese a la existencia y promoción que hace la jefa del servicio para que sus profesionales adopten los lineamientos para la asistencia recogidos en la

²⁰De las lógicas que organizan el manejo de información acerca de las alternativas quirúrgicas de anticoncepción me ocupé en la tesis doctoral (DEL RÍO FORTUNA, 2010). En este artículo me centro en las intervenciones profesionales en torno del DIU por su vinculación significativa —y objeto de análisis aquí— con las prácticas asistenciales en torno al aborto.

“guía de métodos anticonceptivos” elaborada en el servicio, la información, orientación e indicaciones médicas durante la consulta siguen caminos que escapan indefectiblemente a los lineamientos formales que intentan homogeneizar las modalidades de atención. Pero además —y esto es lo interesante de explorar antropológicamente— delinear otras lógicas y sentidos, de los que nos ocupamos en los próximos apartados, a partir de situaciones registradas en torno a la atención de mujeres que son identificadas con poblaciones particulares, y asistidas desde los consultorios especializados arriba mencionados.

“Consultorio posaborto”

Lxs profesionales del servicio suelen referirse con mucho orgullo a la “adherencia” de las mujeres que ingresan a este consultorio, después de una internación motivada por la interrupción (voluntaria o no) de un embarazo. El éxito en cuanto a la promoción de la anticoncepción está dado por la permanencia de estas mujeres en el PSSyR, a través de la adopción de medidas anticonceptivas, y resaltan, de entre ellas, que una importante cantidad se inclinó por el DIU. El dispositivo es, las más de las veces, colocado en el mismo acto quirúrgico del legrado o aspiración, previa solicitud de su consentimiento.

Fue en ocasión de la presentación de un trabajo realizado por profesionales de este consultorio en el que se referían a esta modalidad de atención y su casuística —en un congreso de especialistas—, que enfrentaron cuestionamientos. Según comentó una médica residente, durante una de las reuniones del equipo profesional de salud reproductiva, las críticas recibidas asumían que, en tales condiciones —es decir, a instancias de una intervención quirúrgica para completar el aborto en curso— las mujeres no habrían podido meditar suficientemente acerca de la posibilidad de adoptar este método, y podrían luego arrepentirse: *“icomo si así las estuviéramos obligando!”*, exclamó esta misma médica, sin disimular su indignación, y transmitiendo la sorpresa que le generó la observación allí recibida, que adquirió para ella un tono acusatorio.

Así, la orientación del trabajo asistencial en este servicio muestra que la “urgencia” asignada a la asistencia en anticoncepción —a fin de evitar el recurso al aborto ante un embarazo no deseado— es exacerbada cuando se trata de mujeres que vienen de experimentar un aborto, procurando evitar su “reincidencia”, como si de una infracción a la norma se tratara. Pero... ¿a cuál?

Quiero retomar aquí, lo que planteé en otro lado: la promoción de este método entre las mujeres que cursaron un aborto, y la celebración de la cantidad que, de entre ellas, se inclinó por su adopción, parece sugerir el cuestionamiento de su “responsabilidad” en cuanto al ejercicio de su (hetero)sexualidad (DEL RÍO FORTUNA, 2011). Desde la perspectiva profesional —y probablemente también desde la de las propias mujeres— el dispositivo resulta una alternativa satisfactoria, puesto que una vez colocado este no requiere mayor compromiso que un par de controles al año para garantizar su eficacia anticonceptiva. En este sentido, solamente es equiparable a la ligadura tubaria, intervención de efectos anticonceptivos permanentes,²¹ en relación con la cual es frecuente que, profesionales que se resisten a realizarla, acusen a las mujeres que la solicitan de inclinarse por ella en función de su “comodidad”, como si esta no fuera una dimensión válida y presente en la experiencia de la sexualidad. Así, al negar la legitimidad de este criterio para la elección del método anticonceptivo, se moraliza la *sexualidad no reproductiva*.²²

En efecto, la “responsabilidad” asociada con la adopción de medidas anticonceptivas, aparece —muchas veces explícitamente por parte de lxs profesionales ante las mujeres que atienden— como requisito para vivir la sexualidad de un modo placentero. Así, la profesional dedicada al consultorio de “consejería para ligadura” —declarada “objetora de conciencia” en cuanto al aborto, en virtud de sus convicciones religiosas— aunque pocas veces, al informar sobre la ligadura, se refirió a su impacto o consecuencias en la vida sexual, y a la anticoncepción en general como condición para el disfrute de las relaciones sexuales, *“que se ven afectadas por tantas otras cosas: cansancio, trabajo, preocupaciones cotidianas... porque la idea es disfrutar de la sexualidad, y la ligadura es una forma”* (notas de campo). Entonces, el exigido comportamiento “responsable” habilita el legítimo disfrute de la sexualidad, a la vez que el control médico, toda vez que son estxs profesionales quienes acostumbran evaluar para quién *“la ligadura es una forma”* de evitar embarazarse, y para quien no (y, en líneas generales, despliegan de un modo u otro la información acerca de las opciones anticonceptivas, como se vio).

Fue esta misma profesional la que tuvo la iniciativa y el compromiso efectivo de incorporar al servicio de ginecología como prestador de esta

²¹ E irreversibles si no median posteriores intervenciones o el recurso a tecnologías reproductivas, y descontando el margen de error que, como toda técnica, también posee.

²² Entiendo que se trata, como surge un análisis previo, de una moralización clasista, puesto que el argumento de la comodidad, repudiado cuando se trata de mujeres que concurren a los servicios públicos, se revela un fundamento válido de la elección de esta práctica como técnica anticonceptiva, incluso como condición para el disfrute de la sexualidad no reproductiva, para las mujeres que cuentan con más recursos (y se atienden en el subsector privado de salud) (DEL RÍO FORTUNA, 2009).

intervención para mujeres que no están embarazadas al momento de solicitar la ligadura de trompas. Y fue un cura católico, miembro del Comité de Bioética del hospital —órgano típicamente conservador en materia de prestaciones en salud sexual y reproductiva— el principal apoyo al protocolo diseñado en el servicio para la provisión de esta práctica, quien fundó su posición en valores religiosos desde los cuales el aborto resulta inadmisibles, entendido como un “crimen contra la vida”, pero en contraste con la postura hegemónica de la iglesia católica respecto de la anticoncepción quirúrgica:²³ argumentó que, en ciertos casos, podía ser evitado de manera segura y permanente a través de la anticoncepción quirúrgica. Así, la accesibilidad a una práctica consagrada como un derecho (la anticoncepción quirúrgica) adquiere otros sentidos, que poco tienen que ver con fundamentos de libertad y autonomía para decidir sobre el propio cuerpo, y también se alejan del argumento epidemiológico esgrimido desde la salud pública (como se vio, en tanto estrategia para mitigar el impacto del aborto en la estructura de causas de la morbilidad materna).

En cuanto a la perspectiva de las mujeres, los primeros hallazgos que surgen de mi aproximación etnográfica a las trayectorias reproductivas y anticonceptivas de mujeres que recurrieron a la anticoncepción quirúrgica muestran que también estas justifican haberse inclinado por una intervención radical desde la condena moral del aborto.²⁴ Al mismo tiempo, se distinguen de mujeres a las que acusan de “irresponsabilidad”, tanto si tuvieron más hijos de las que podían atender (en términos económicos pero también de dedicación amorosa), como si tomaron la decisión de no continuar con el embarazo.²⁵ Resta explorar en qué medida esto expresa un proceso de incorporación de la perspectiva médica y los cánones socio - morales tradicionales en cuanto al ejercicio de la sexualidad y la propia maternidad, que bien puede resultar estratégica a la hora de solicitar una práctica cuyo acceso continúa siendo administrado por los/as profesionales de la biomedicina.²⁶

²³ Puesto que para la Iglesia constituyen “*soluciones radicales [que] nos degradan en nuestra condición de personas*”, tal como se expresó en la Declaración de la Conferencia Episcopal Argentina, publicada en PAGINA/12, 28 de junio de 2006, a propósito de la aprobación del proyecto de ley de anticoncepción quirúrgica por parte de la Cámara de Diputados de la Nación.

²⁴ En Brasil, estudios como el de VIEIRA (1999) muestran que existe una fuerte asociación entre el uso de métodos más seguros y actitudes más negativas hacia el aborto, y encuentran una tendencia, entre las mujeres con esta actitud, a recurrir a la ligadura siendo más jóvenes.

²⁵ También mujeres que conocí en la sala de espera del servicio se mostraron favorables a la reciente legalización de la anticoncepción quirúrgica. Entre ellas, una mujer que ejercía la prostitución callejera —que cuando nos conocimos en la sala de espera entendió que yo promovía esta operación— me invitó a acercarme al local que tiene en el barrio de Flores, muy cerca del hospital, una de las organizaciones que las nuclea, donde encontraría varias mujeres a las que, según su juicio, habría que convencer de operarse porque así evitarían seguir teniendo hijos y más aún realizar abortos en condiciones riesgosas.

²⁶ Si bien este análisis excede el propósito de este artículo, vale señalar que sus narrativas muestran el esfuerzo por expresar el disfrute de la maternidad al tiempo que, de manera tensa, justifican la decisión de realizar una operación que les impedirá volver a pasar por esa experiencia.

Por lo expuesto hasta aquí, sostengo que la liberalización de la anticoncepción quirúrgica —legalizada tanto en Argentina como en Brasil varios años más tarde de la creación de programas de salud reproductiva de alcance nacional—, al mismo tiempo que la regulación fáctica, cotidiana, de su acceso, constituye un complejo punto de inflexión. Por un lado, representa un logro desde la perspectiva de los movimientos de mujeres, pues se convierte en una alternativa desde entonces disponible (al menos formalmente) para las mujeres que se inclinan por esta práctica, y se reconoce al Estado como responsable de su provisión. Por otra parte, implicó un límite al persistente reclamo por el derecho al aborto, siendo frecuente que el fundamento para el recurso a esta técnica quirúrgica sea la protección de salud de la mujer y su familia, dejando incólume su asumida función maternal. O sea, se le habilita una operación que erradica la posibilidad de volver a experimentar la maternidad (biológica, claro) para que pueda continuar desempeñándose como madre.

Antes de exponer algunas reflexiones finales acerca de las reivindicaciones y desafíos de cara al postergado derecho al aborto en estos países, en la próxima sección abordo la especial atención que reciben las actividades de promoción de la anticoncepción entre lxs jóvenes, y la consideración de su actividad sexual y la (temida, cuestionada) posibilidad de ejercer la mater/paternidad a esa edad.

“Consultorio para adolescentes”

En una oportunidad, la obstétrica a cargo del consultorio general, ante la presentación de una joven a la consulta, convocó a la especialista en atención de adolescentes.²⁷ La chica estaba acompañada por su madre, con quien la obstétrica tenía una relación personal de cierta amistad (era su peluquera hacía un tiempo). La profesional especialmente convocada para la ocasión se hizo cargo de la “consejería”, que fue desplegada como se lee a continuación:

Dirigiéndose en tono confidente a la joven: “¿Sabés con qué te querés cuidar? Te cuento las opciones que tenemos acá: el DIU o T de cobre”, y la otra profesional, que sostiene a su bebé, le muestra uno. Le explica las ventajas (“no te tenés que acordar”), los efectos secundarios y la eficacia: “es del

²⁷ Huelga señalar que la atención de adolescentes en el servicio, incluida la prescripción/provisión de anticonceptivos, tiene lugar de acuerdo a las normas vigentes en cuanto a que son reconocidos como sujetos de derecho a esta atención, sin requerir el consentimiento de sus padres, como se esgrime desde servicios más conservadores.

99%, cada 100 mujeres una se puede quedar embarazada. Otra opción son las pastillas”. La madre interrumpe, dirigiéndose desafiante a la joven: “contale que te la dieron y están durmiendo en el cajón”. La obstétrica sentencia: “no es un método para ella. Ya habíamos hablado que se venía a colocar el DIU, era la idea. Que sepa que el preservativo es lo único que la va a cuidar se contagiarse cualquier bichito: hepatitis B, sífilis, (y a coro con la otra profesional) sida”. Le aclara que el 99% de seguridad del DIU se hace 100% si lo usa junto con preservativo. La madre agrega, mirando alternativamente a su hija y a las profesionales: “hasta que tengas una pareja estable, se hace un chequeo completo y después podés seguir sin preservativo”. Continúa la obstétrica: “lo de pareja estable es relativo: tienen que saber que se tienen que cuidar ante cualquier relación ocasional, tanto ella como su pareja”. La otra profesional retoma la comunicación con la joven: “¿vos te querés poner el DIU?”. Entonces le vuelven a preguntar si prefiere que la madre salga, y sin dudarlo responde que sí. Le pregunto si prefiere que yo también salga, y asiente sonriendo. (notas de campo)

La presentación de los métodos disponibles no solamente comienza por el dispositivo intrauterino (DIU), sino que la alternativa de las píldoras es descartada de plano —por la madre de la joven y las profesionales, en complicidad— por la misma razón que se promueve la adopción del dispositivo: de los métodos anticonceptivos transitorios, este es el que menos compromiso exige por parte de quien lo adopta para su correcto funcionamiento. La preferencia que por el DIU tienen la madre y las profesionales —que en cuanto a las infecciones de transmisión sexual no tiene diferencias con las otras alternativas, a excepción del preservativo, como todas ellas le hacen saber a la joven— fue expuesta con mayor claridad por aquella cuando nos retiramos del consultorio para que la joven tenga mayor privacidad: *“le hice la psicológica para ponerse un DIU —porque, según le dijo— si se agarra una enfermedad es problema de ella, pero si se queda embarazada, es problema mío”*. Y luego me contó que sus propios planes de tener otrx hijx habían sido anulados de momento, ya que tendría que *“hacerse cargo”* del bebé de su hija, asumiendo la responsabilidad por su crianza.

En otra oportunidad, la misma profesional (que atiende adolescentes) me comentó que removería el DIU a pedido de una joven a quien unos pocos meses atrás se lo había colocado, a pesar de que, reconoce, *“no estaba nada*

convencida". La chica había concurrido en esta ocasión acompañada por una psicóloga de un Centro de Atención Transitoria (CAT),²⁸ y donde aquella profesional sospecha que existe algún tipo de presión para la adopción del dispositivo (aun cuando ella misma procedió a la colocación del dispositivo a pesar de que la joven, como reconoció, no se había mostrado "*convencida*").

Las interacciones observadas y relatadas que tienen por sujetas de la atención a adolescentes revelan la especificidad que adquiere la asimetría inherente a la relación médico-paciente (MENÉNDEZ, 1990; LUPTON, 1997). La representación social dominante acerca de esta etapa vital, definida por ausencia de valores morales que se adquirirían con la adultez (COHEN, 2003), entre ellos, la responsabilidad, justifica la vigilancia y control que más o menos coercitivamente se ejerce sobre sus cuerpos, a fin de evitar el "embarazo adolescente", construido como una "problemática", o como una "desviación" a la norma, según lo plantearon Stern y García (1996).

Como planteé en otro lado (DEL RÍO FORTUNA, 2008), en la formulación de los objetivos de la ley que creó el actualmente denominado PSSyR (n° 418, en su art. 4) la "prevención de embarazos no deseados" como meta referida a la población general, contrasta con la intención de "otorgar prioridad a la atención de los/as adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente [...]". En efecto, la experiencia de la mater/paternidad en esta etapa de vida se manifiesta como un problema *per se*, que orienta las prácticas que personas "adultas" —entre ellas, lxs profesionales— dirigen a lxs jóvenes:

Una profesional plantea *el caso* que se presentó en su servicio: una joven de 15 años, institucionalizada y bajo tutela judicial, para sacarse el DIU, que le fuera colocado compulsivamente por pedido de su madre, un par de años atrás. La chica dice que le genera temores de infertilidad y quiere quedar embarazada, pero sus colegas —de quienes se distancia críticamente— *se negaron a sacarle el dispositivo*. La mayor parte del auditorio se muestra de acuerdo con la oradora, quien reconoce el derecho de la joven a embarazarse y la obligación profesional de atender al pedido de la chica. Frente a esto, el expositor invitado de la jornada [un abogado vinculado, como asesor, a la Defensoría del Pueblo] trae a colación su experiencia docente: "los futuros profesionales tanto de derecho como

²⁸ "El CAT es un hogar de atención transitoria de sistema abierto para alojar a chicos y chicas en situación de emergencia social, derivados por los distintos programas del Consejo [de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes] a través de la Guardia Permanente, o a través de otras instituciones". Fuente: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires,

de psicología, ante casos realmente dilemáticos como este tienen respuestas que llegan hasta el pedido de autorización al juez o los padres”, comentario que realiza con evidente cinismo. Luego, una profesional expresa que, en un caso como ese, sacarle el DIU sería “provocar un daño mayor a dejárselo puesto”, y lanza al auditorio, como en una arenga, la pregunta retórica “¿estamos a favor o en contra del embarazo adolescente? Yo creo que estamos en contra...”. Se alza un murmullo que sanciona ese comentario y desde la coordinación se plantea que no es cuestión de estar ni a favor ni en contra, que en todo caso hay que contener, *ver qué pasa* en cada caso. Se recuerda que la reglamentación de la ley básica de salud [n° 153] establece sobre todo a partir de los 14 años la capacidad para consentir las prácticas médicas: “así que *si esta chica se quiere sacar el DIU está en su derecho*”, sin dejar lugar a dudas. La discusión fluye hacia la atención en anticoncepción para adolescentes que por sí mismos/as solicitan métodos, lo cual no parece ser un problema. En este sentido la coordinadora fija posición: “que *del consultorio se va con algo* eso lo tenemos claro todos, ¿no?” (notas de campo) (el resaltado me pertenece)

El fragmento, que surge de la observación de una reunión de la coordinación del PSSyR con sus efectores, revela la sensibilidad que la cuestión del “embarazo adolescente” adquiere. La opinión mayoritaria, y reforzada desde la coordinación del Programa, sugiere la legitimidad, “el derecho” de los y las jóvenes a decidir sobre su cuerpo y su reproducción, tanto si deciden embarazarse —y desde esta perspectiva la sanción del auditorio a la actitud de aquellxs colegas que desoyeron la voluntad de la joven o que le niegan potestad para ejercerla— como si procuran evitarlo a través de la adopción de un método anticonceptivo. No obstante, “el caso” no deja de ser problemático y amerita un tratamiento cuidadoso, dedicado a “*contener, ver qué pasa*” (porque, está claro, *algo pasa*).

El registro de esta interacción evidencia que las políticas dirigidas a la atención de la salud sexual y reproductiva de esta población expresan, desde su concepción hasta su implementación, por un lado, una particular representación de la población-objeto, construida a través de ellas como problemática. Por otra parte, en ellas se manifiestan disputas que atañen a la construcción social de la sexualidad y la reproducción legítimas, y el carácter conflictivo de los contornos entre ellas.

En efecto, asistimos —al decir de Gayle Rubin (1989)— al corrimiento conflictivo de las “fronteras” entre la sexualidad (aunque vale agregar aquí la reproducción) considerada legítima y la que no lo es. Como se vio hasta aquí, desde el ámbito institucional del Programa, y también en el servicio de marras, se manifiesta en el reconocimiento del derecho de los y las jóvenes a experimentar encuentros íntimos y decidir atravesar (o no) la mater/paternidad. Esta perspectiva de derechos, que procura redefinir el ejercicio de la sexualidad y la procreación entre lxs jóvenes, se tensa,²⁹ en la actualidad, con su construcción como problemática, todavía vigente en las prácticas —como cuando se coloca un DIU bajo presión— y los discursos, tal como evidencia la intervención de esa profesional que parecía invitar a una suerte de “cruzada” contra el “embarazo adolescente”.

Por último, hay que destacar dos aspectos mucho menos visibles en el horizonte de los debates, planteados casi exclusivamente por las organizaciones de mujeres: por un lado, que buena parte de los embarazos en cuestión —sobre todo entre las más jóvenes— son producto de la violencia sexual. Y por otro lado, que la intersección de condiciones de desigualdad que acaban por reforzar la vulnerabilidad de las jóvenes ante el aborto inseguro.³⁰

Comentarios finales

Procuré contribuir a la profundización del análisis de la relación entre la práctica del aborto —las más de las veces clandestino (o clandestinizado, como lo es muchas veces en estos países, aun tratándose de circunstancias legalmente habilitadas) y las políticas y las prácticas de promoción de la adopción de anticonceptivos modernos. A través de un abordaje etnográfico fue posible aproximarnos a los sentidos que organizan estas prácticas —centralmente las rutinas profesionales en un servicio público de salud de la ciudad de Buenos Aires— atendiendo a la vez al contexto normativo-institucional en el que se despliegan políticas que remiten a la atención médica, y que se revelan como dispositivos de regulación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción de la población, así como de regulación de género.

²⁹ Paralelamente, la construcción de una política pública referida a la “educación sexual integral” se torna igualmente objeto de candente debate. Para un análisis antropológico de esta cuestión en la ciudad de Buenos Aires ver LAVIGNE (2011) y LAVIGNE (2010).

³⁰ Algunos datos que expresan esto: de las internaciones por abortos inseguros en hospitales públicos del país, alrededor del 15% corresponden a menores de 20 años; en la última década la mortalidad por aborto aumentó entre las menores de 15 años, y fueron más jóvenes las mujeres que fallecieron por abortos, que las que murieron por otras causas vinculadas a la gestación (AAVV, 2012)

La problematización del aborto en la política sanitaria, en virtud de su participación en la estructura de causas de la morbilidad materna, fundamenta y privilegia la estrategia de la promoción de la anticoncepción. Pero el análisis de las prácticas de diferentes actores revela que su asociación con el riesgo en términos epidemiológicos coexiste, de manera tensa en ocasiones, con otros sentidos.

Por un lado, el análisis de las modalidades en que se despliegan las actividades de asistencia en anticoncepción visibiliza la construcción de poblaciones particulares o, en otras palabras, el recorte, sobre la población, de sujetos “problemáticos”.

La adopción del método anticonceptivo por parte de las propias mujeres se inserta en una relación asimétrica en cuanto al dominio de recursos, y por ello resulta mediada —entre otras cosas— por la presentación de las opciones anticonceptivas disponibles que realizan lxs profesionales. Esta, como se vio, implica diferentes manejos acerca de la información que se brinda y las instancias en las que se negocia su provisión (que, en el caso de las jóvenes, suele incluir terceros que ejercen cierto poder sobre ellas).

En este sentido, son significativas la omisión de ciertas opciones y la explicitación (o no) de los efectos secundarios de algunos métodos. Así, encontramos que el DIU ocupa un lugar controvertido por su asociación con el aborto, en sentidos divergentes. Si por un lado su adopción podría ser desalentada a partir de la explicitación de los efectos adversos por parte de algunxs profesionales (objetores del aborto), es a la vez el método sugerido por otrxs en circunstancias particularmente problematizadas, que tenían por protagonistas —aunque resulte paradójico decirlo así— a mujeres que habían atravesado recientemente un aborto —espontáneo o provocado— y a adolescentes.

Las prácticas asistenciales en cuanto a la información y provisión de métodos anticonceptivos orientadas especialmente a estas mujeres resultan iluminadoras de los sentidos adheridos al ejercicio de la sexualidad y la maternidad. En ellas subyace la referencia a la “responsabilidad” —noción que acompaña la definición de derechos y programas sanitarios— con la cual es menester vivirlas, anticipando las consecuencias de la primera través de la implementación de medidas anticonceptivas si no se procura o se está dispuesta a pasar a la segunda (o al menos a transitar el embarazo).

Cabe preguntarse entonces, en qué medida, cuando se trata de mujeres que ingresan con un aborto en curso, no se “sospecha” una deficiente capacidad para llevar adelante una vida sexual “responsable”. Este prejuicio

podría ser el que aliente la promoción de un anticonceptivo como el DIU, que no exige un compromiso cotidiano, y que garantiza la prevención de un embarazo que la mujer no desea —caso se trate de un aborto por ella procurado— o no está en condiciones fisiológicas de llevar adelante (puesto que frente a un aborto espontáneo la recomendación médica suele ser aguardar cierto tiempo para volver a intentar la concepción). Abona esta hipótesis, el tratamiento de la sexualidad (y eventualmente del embarazo y la mater/paternidad) entre lxs adolescentes. Es por ello que su provisión, en el marco de la asistencia en materia de anticoncepción —promulgada como un derecho— acarrea cierta forma de control de acuerdo a los cánones morales vigentes (al tiempo que disputados).

La “minorización” de las mujeres que se expresa en tales circunstancias opera, en términos más amplios, sobre todas nosotras, cuando se nos niega la potestad para decidir sobre nuestros cuerpos. De ahí que uno de los grandes desafíos en la lucha por la penalización del aborto radica en pensar(nos) a las mujeres como sujetos moralmente plenas y capaces, en efecto, de correr los límites de lo permitido, aunque no sea tarea sencilla. Por eso es que cabe analizar, con herramientas teóricas variadas, los procesos de sujeción–sujetivación implicados en el despliegue de políticas que, como plantean Shore y Wright (1997), implica la construcción de sujetxs, a su vez productoxs de políticas.

Por otra parte, aunque fue expuesto tangencialmente en este artículo, encontramos el argumento que refiere a la concepción del aborto como un “crimen contra la vida”, asociado a la jerarquización del derecho de esa “vida” (cuya definición y debates excedieron por completo el propósito de este trabajo), y sobre el que huelga hacer un comentario. La pretendida superioridad del derecho planteado en tales términos, así como la propuesta de salvaguardar derechos reconocidos anteriormente (educación, salud) y cuya satisfacción evitaría llegar a la instancia —siempre planteada como dramática— del aborto, implican la vulneración flagrante de derechos que asisten a las personas, pero que, cuando se trata de mujeres que no desean continuar con un embarazo, parecen no regir. Ni uno ni otro pueden ser argumentos que justifiquen la insostenible demora de la habilitación política del derecho al aborto libre, seguro y gratuito —como se expresa en la Campaña Argentina— para todas nosotras. Porque la posibilidad del embarazo fuera de los planes y/o de las condiciones que personalmente se juzguen adecuadas persistirá. Porque mientras continúe siendo penalizado el aborto, las mujeres enfrentamos las limitaciones y los riesgos, no solamente por las condiciones inseguras en que se realiza, sino por ser una práctica condenada a la

clandestinidad, que implica ocultamiento en lugar de protección, que suele motivar la sanción social en lugar de la consideración de las ecuaciones más o menos complejas en las que se decide interrumpir un embarazo.

Es por ello que vale la pena abordar las experiencias referidas por las mujeres, las que en el fuero íntimo, al tiempo que participando de relaciones sociales e interpersonales, deben/debemos decidir si continúan o no con el embarazo, procurando echar luz sobre la diversidad de experiencias y modos de ser mujer, las estrategias cotidianas, aprendidas y disputadas para lidiar con la fertilidad y la maternidad, incluyendo, claro, la posibilidad de abortar... Y también las que surgen de experiencias generadas en la participación política, de la organización de mujeres que juntas luchan por la ampliación de derechos para todas, contra una clase política que —a pesar del creciente consenso social en torno a la legalización/despenalización del aborto— no termina de hacerse cargo de esta demanda.

Referencias

AAVV. Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, 2012. Disponible en: cceso 14 de enero de 2013.

ALEGRE, Marcelo. "Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva". Notas Despenalización.org.ar, Buenos Aires, nº 10, junio, 2009.

ALVARENGA, Agusta Thereza de Y SCHOR, Néia. "Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial". Saúde e Sociedade, São Paulo, vol. 7, nº 1, 87-110, ene-feb. 1998.

BARROSO, Carmen. "Esterilização feminina: liberdade e opressão". Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol. 18, 170-180, abril. 1984.

CARBAJAL, Mariana. Para el derecho al aborto nada mejor que un protocolo. Página 12, Buenos Aires, 18 de febrero de 2013. Disponible en: cceso 20 de febrero de 2013.

CHECA, Susana Y ROSENBERG, Martha. Aborto Hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública. Buenos Aires: Ediciones El Cielo por Asalto, Foro por los Derechos Reproductivos y ADEUEM, 1996.

COHEN, Diana. "¿Quién decide? El adolescente como agente moral". Perspectivas Bioéticas, Barcelona, nº 8, 55-67. 2003.

DEL RÍO FORTUNA, Cynthia. "Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina". Sexualidad, Salud y Sociedad, nº 13, (en prensa), abril, 2013.

_____. "Anticoncepción quirúrgica femenina y aborto: sentidos compartidos y sentidos encontrados". II Seminário Enlaçando Sexualidades. Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura. Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Brasil, 4 al 6 de septiembre de 2011. Disponible en

_____. "...es el cierre de su etapa reproductiva". Etnografía de la política pública de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en la ciudad de Buenos Aires. Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010, 229 páginas.

_____. "Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona". Revista Runa "Archivo para las ciencias del Hombre", Buenos Aires, vol. 30, nº 1, 79-95. 2009.

_____. "Sexualidad y reproducción (legítimas) en la legislación de la Ciudad de Buenos Aires". *Revista ETNIA, Olavarría*, nº 49, 2008.

DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud), Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos 20011. Disponible en cceso 16 de enero de 2013.

FELITTI, Karina. Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias. Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.

FOUCAULT, Michel. “La «gouvernementalité»”; curso del *College de France*, año 1977-1978 (4º lección, 1 de febrero de 1978). Seguridad, territorio y población, Aut-Aut, nº 167-168, sept-dic. 1978.

_____. Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, [1976] 2002.

HEILBORN, Maria Luiza. Heterossexualidades, contracepção e aborto uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, nº 12, 127-134, dic. 2012. LAVIGNE, Luciana. “Las sexualidades juveniles en la educación sexual integral”. En: ELIZALDE, Silvia (Coord.). Jóvenes en cuestión. Configuraciones de género y sexualidad en la cultura. Buenos Aires: Biblos, 2011. 87-118.

_____. “Notas sobre una modalidad de gestión de la sexualidad juvenil: la educación sexual en una escuela media de la Ciudad de Buenos Aires – Argentina”. *Fazendo Gênero* 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Universidade Federal de Santa Catarina. Brazil. 23 al 26 de agosto de 2010. Disponible en cceso 16 de diciembre de 2012.

LUPTON, Deborah. “Consumerism, Reflexivity and The Medical Encounter”. *Social Science & Medicine*, vol. 45, nº 3, 373-281, ago. 1997.

MACHADO, Lia Zanota. “Os novos contextos e os novos t ermos do debate contemporáneo sobre o aborto. A questão de G enero e o Impacto Social das Novas Narrativas Biológicas, Jurídicas e Religiosas. Série Antropologia, vol. 419, Brasília: DAN/UnB, 2008. 42 páginas. MENÉNDEZ, Eduardo. Morir de alcohol. México D.F.: Ediciones de la Casa Chata. 1990. MINELLA, Luzinete Simões. “A produ ao científica sobre esteriliza ao feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos anos 90: um debate em aberto”. *Revista Brasileira de Estudos de Popula ao*, São Paulo, vol. 15, nº 1, 3-22, ene-jun. 1998a.

_____. “Aspectos positivos e negativos da esteriliza ao tubaria do ponto de vista de mulheres esterilizadas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 14, supl.1, 69-79. 1998b.

NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio. “Objecion de conciencia en la Argentina”. En: I. MARTIN SÁNCHEZ, Isidoro y NAVARRO FLORIA, Juan G. (Coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*. Madrid: Fundacion Universitaria Española, 2006. 314-326. NICTHER, Mark. Reduccion del daño: una preocupacion central para la antropología médica. *Desacatos*, México D.F, nº 20, 109-132, enero-abril. 2006.

RAMOS, Silvina y VILADRICH, Anahí. Abortos hospitalizados. Entradas y salidas de emergencia. Buenos Aires: CEDES, 1993.

RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana; KAROLINSKI, Ariel; MERCER, Raúl; INSUA, Iván y DEL RÍO FORTUNA, Cynthia. 2004. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nacion/Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2004. 122 p.

ROMANÍ ALFONSO, Oriol. "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño". *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 4, n° 3, 301-318. 2008.

ROSTAGNOL, Susana. Interrupción voluntaria del embarazo: la consulta de asesoramiento. Ponencia presentada en el X Congreso Argentino de Antropología Social, Buenos Aires. 2011.

RUBIN, Gayle. "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". En: VANCE, Carol (Comp.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Editorial Revolución, 1989. 113-190.

SERRUYA, Suzanne. *Mulheres esterilizadas: submissão e desejo*. Belém: NAE/UFPA/UEPA, 1996. 183 p.

SHORE, Cris y WRIGHT, Susan. *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. London: Routledge. 1997. 294 p.

STERN, Claudio y GARCÍA, Elizabeth. "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente". Serie Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción, México D.F.: El Colegio de México, sept. 1996.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. "Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization?" *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 15, n° 4, 739-747, oct-dic. 1999.