

TESIS DE MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Universidad Nacional de San Martín
(UNSAM), Instituto de Desarrollo
Económico y Social (IDES) e Instituto de
Altos Estudios Sociales (IDAES)

TÍTULO:

*Estrategias sobre Anticoncepción y
Aborto. Etnografía de una política
pública en disputa*

Tesista: Andrea Laura Zamparini

Directora: Dra. Laura Masson

JULIO, 2022.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
------------------------------	----------

INTRODUCCIÓN	5
---------------------------	----------

1. Construcción del objeto de estudio y problema de investigación	5
2. Contexto, evolución y cambio de los derechos sexuales y Reproductivos	9
3. Los contextos de la producción del conocimiento	21
4. Metodología de la investigación	25
5. Objetivos generales y específicos de la investigación	31
6. Estructuración de la tesis y síntesis de los capítulos	31

CAPÍTULO 1: Condiciones de posibilidad para el acceso a la salud sexual

y reproductiva	35
-----------------------------	-----------

1. El lugar de la implementación: el centro de salud y sus alrededores ...	36
2. Los intersticios en la organización del centro	43
3. Transformaciones en la política de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires	47
3.1. Interrupción legal del embarazo	48
3.2. Consejerías en salud sexual y reproductiva	50
3.3. Anticoncepción inmediata pos evento obstétrico	53
4. “Algunas cosas cambiaron con el tiempo”. La historia del equipo en el centro	53
4.1. ILE si – ILE no. Nosotras y ellas: el “equipo de salud sexual y reproductiva” y “las ginecólogas”	58
4.2. Las ginecólogas tienen su hinchada	61
5. AIPE: una oportunidad de intervención	64

CAPÍTULO 2: El cara a cara en la consejería

1. La materialización del acceso a ILE: entre la urgencia y la	72
--	----

ambigüedad	73
2. Negociaciones necesarias: entre los condicionamientos morales y materiales de las destinatarias y los requisitos de la política pública ...	79
3. Los desafíos de garantizar la política de anticoncepción	92
4. “Te ponés el chip y te olvidás”. ¿El triunfo de la estrategia de AIPE?	99
5. El fracaso de la política de AIPE: “No vino, ¿ves? No vuelven”	106
 CAPÍTULO 3: Activismo feminista y acciones estatales en la salud sexual y reproductiva	112
1. Construir en la diferencia, negociar las posiciones	113
2. Posicionamientos e influencia de los feminismos: las paredes del centro como territorio de disputas	118
A) La retórica del Estado: la información “oficial”	121
B) La retórica del activismo por el derecho al aborto	126
C) La retórica del Equipo de Salud Sexual y Reproductiva	129
3. Los distintos perfiles de las efectoras de la política	136
4. Y para las destinatarias, ¿qué significa todo esto?	140
 CONCLUSIONES	146
BIBLIOGRAFÍA	153

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar agradeciendo al equipo de salud sexual y reproductiva del centro de salud donde desarrollé esta investigación y a todas/os y cada una/o de las/os integrantes del centro que me alojaron y compartieron conmigo generosamente sus pensamientos y sentimientos. También, a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, a ese laboratorio social colmado de personas diversas de las que he aprendido infinito. En especial, a las compañeras de la regional de la Ciudad de Buenos Aires, que en todo momento, me acogieron, acompañaron, reconocieron y consideraron con enorme afecto. No voy a dar nombres porque temo olvidarme de alguien, pero ellas saben quiénes son. Estos dos espacios, y los saberes singulares que cada uno me brindó, hicieron posible que esta tesis haya podido ser pensada, re-pensada, escrita y re-escrita y finalmente terminada, con un enorme esfuerzo y compromiso, con dudas y preguntas, y con la alegría y cierto alivio del cierre de una etapa. Esto me lleva a la Maestría de Antropología Social de la UNSAM/IDES/IDAES, un lugar cálido, de personas y de afecto para mí. Me gustaría agradecer a Laura Masson quien me acompañó en este proceso desde el principio como tutora y luego como directora de este trabajo de tesis. Laura supo acompañar mis tiempos y mis vaivenes, atajar mis inseguridades, confiar en mí y hacerme ver que mi acumulado vital y las experiencias en mi propia historia, desde la biología, la embriología, el activismo y la antropología, permearon este trabajo inevitablemente, con sus dificultades, tensiones, seguridades e inseguridades. Esta maestría me trajo muchxs compañerxs y docentes de lxs que aprendí a pensar y a entender la antropología y a desarrollar una voz propia, en especial a Karina, Martín y Daniel, con quienes compartimos la vida desde aquel primer día de cursada y hoy seguimos acompañándonos y apasionándonos en conversaciones a los gritos porque todxs tenemos tanto que decir y al mismo tiempo. Quiero agradecer a mis amigas, amigos y amigas a quienes he momentáneamente abandonado por la intensidad que trajo a mi vida esta

maestría y su escritura. Una intensidad que fue, a veces, demasiado, y ellxs supieron acompañar, bancando mis ausencias, olvidos y tal vez descuidos. Saber que estaban ahí, me ayudó enormemente en períodos difíciles. No les nombro, pero saben quiénes son. También a mis compañerxs de la Campaña, que siguen en Campaña, incansables, como no puede ser de otra manera, este último tiempo sin mi, pero volveré pronto. A mis compañerxs de trabajo, con quienes compartí casi el cotidiano de esta aventura, y esperan ansiosxs este cierre. Por último a mi hermano, que desde lejos me acompaña siempre y a quien adoro y extraño, y a madre y padre. Madre, incondicional, siempre atenta a mis vaivenes, confiando en mi más que yo misma, y padre a su manera, pendiente de mis caminos y mi bienestar. Para todxs y cada unx, gracias.

INTRODUCCIÓN

1. Construcción del objeto de estudio y problema de investigación

Esta investigación busca conocer y comprender las dinámicas de interacción e intervención de un circuito institucional, influenciado por el activismo feminista en lo relativo a la implementación de la política pública de acceso a la salud sexual y reproductiva, en particular, a la interrupción del embarazo y a la anticoncepción inmediata pos aborto, en el contexto de un centro de salud ubicado en un barrio del sur de la Ciudad de Buenos Aires (CABA), que responde a la estrategia de atención primaria de la salud cuyo propósito es el de extender el sistema sanitario hacia todas las personas. Busca explorar las diversas dimensiones de esta política pública que se encuentra en constante disputa y, por esta misma razón, en constante intento de construcción y consolidación, en un contexto situado en el escenario histórico que había dejado el debate parlamentario sobre la legalización del aborto en el año 2018, momento en el que ocurrió una transformación social y una mayor aceptación sobre la práctica de aborto se había expandido.

Para ello, recupero las experiencias en el contexto del centro de salud y en los años de activismo que vivencié dentro de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, una alianza política a nivel nacional conformada con el objetivo de dar fuerza, visibilidad y organización a la defensa del derecho al aborto a través de su despenalización y legalización en el país (Rosenberg, 2020). Busco problematizar la posibilidad de efectivizar las acciones de política en un contexto complejo, con activismos que se fueron construyendo y fueron permeando los distintos espacios, enmarcadas en una política de acceso al aborto legal, que aunque restrictivo en nuestro país, se garantiza de acuerdo a dos *causales*, establecidas en el año 1921 por el Código Penal de la Nación. Esta es la manera que tienen quienes buscan interrumpir un embarazo de hacerlo en el contexto de una institución de salud pública. No obstante, en este camino se ponen en juego mecanismos institucionales, condiciones y posibilidades no siempre conocidas o definidas por quienes lo emprenden. Quienes lo hagan,

deben estar dispuestas a vincularse con un dispositivo que podrá hacer fallar sus certezas, una *consejería en salud sexual y reproductiva*. La trayectoria es guiada por las actrices y actores que forman parte de un entramado de sentidos y tensiones persistentes que se configura y actualiza bajo el paraguas de acuerdos y lineamientos que provee la política. En este contexto, los abortos se convierten en interrupciones legales del embarazo. Asimismo, busco comprender las experiencias de las mujeres¹ que asisten a la consejería en salud sexual y reproductiva y las diferencias respecto a las categorías políticas generadas por los activismos por el derecho al aborto, dentro y fuera del espacio de implementación de la política pública. Se trata, en definitiva, de los diferentes modos de concebir la experiencia, el pasaje por la misma y dilucidar las relaciones sociales y de poder.

Para estudiar políticas públicas es necesario incorporar al análisis la categoría de Estado, dado que se presenta como el escenario donde acontece un complejo entramado de relaciones que las significan (Oszlak y O'Donnell, 1984). Dicha trama debe analizarse teniendo en cuenta el contexto histórico y político. Se pueden entender las políticas públicas como procesos organizacionales en los que se generan reglas tanto formales como informales, que permitirán a las/os sujetas/os² generar nuevos recursos y capacidades de

¹ Utilizo la categoría *mujeres* en este trabajo de tesis dado que las identidades/categorías de género no fueron problematizadas durante mi estadía en el campo por las propias actrices que allí participaban, y así se autopercebían. Por otro lado, entendiendo que “el sujeto colectivo mujeres es una construcción política, un sujeto situado en contextos históricos, sociales y culturales específicos, no es estático ni homogéneo, sino cambiante y complejo” (Bellotti, 2003). En él, se juegan construcciones simultáneas en distintos órdenes de clase, género, orientación sexual, raza, etc... En esta tesis, decido no problematizar este aspecto interseccional teóricamente (Viveros Vigoya, 2016), sino que me limitaré a describir a las actrices de esta tesis tal cual se presentan en el campo.

² Al escribir esta tesis, me enfrenté a la decisión del uso del lenguaje inclusivo. Recurrí al desdoblamiento gramatical explícito de dos géneros, femenino y masculino. Con el objetivo político y la convicción personal de dar mayor visibilidad a las mujeres, quienes además son mayormente parte de la población de interés en este estudio, usé la opción del femenino en la posición inicial de la mención (ej. Las/os). Soy consciente que esta opción tiene la desventaja de partir de una mirada binaria y por lo tanto limitada y excluyente del abanico de géneros existentes, desatendiendo la inclusión de las

transformación. Al tratarse de relaciones sociales, la disputa de poder y el conflicto son inherentes otorgándole un carácter dinámico (Kergoat, 1994; Bourdieu y Wacquant, 1995). La antropología tiende a resaltar la complejidad y lo desordenado de los procesos de formulación de políticas, en particular las maneras ambiguas y a menudo disputadas en que las políticas son promulgadas y recibidas por sus destinatarias/os *en el terreno* (Shore, 2010). Para comprender por qué funcionan o no las políticas, es necesario incorporar en el análisis múltiples dimensiones, entender sobre qué supuestos se asientan, qué recursos movilizan así como conocer cómo son recibidas y experimentadas por las personas afectadas por ellas. Para ello, contribuye pensarlas como un *proceso sociocultural* y dar cuenta de ellas en términos de *acciones de política pública* (Shore, 2010; Ramírez, 2010). Las representaciones culturales implícitas en las políticas públicas son de importancia estratégica ya que habitualmente se transforman en sentido común (Alvarez, 2000). Deben ser discutidas, cuestionadas y resignificadas en un permanente monitoreo y re-traducción para la opinión pública de la producción discursiva que las funda (Rosenberg, 2020:24)

La elección de este tema se encuentra relacionada con mi historia personal y responde a una transformación que comenzó en algún punto cuando investigaba sobre embriología, biología reproductiva y fertilidad en organismos animales, ranas y moscas. Mi formación original es la de bióloga. Digo *original* porque me vengo apartando de ese origen desde hace algunos años. Ese alejamiento tomó la forma de una búsqueda que me trajo hasta aquí. Mi exploración en el ámbito de las ciencias sociales encontró rumbo con el comienzo de la maestría en antropología social de la cual surge este trabajo de tesis. La maestría me abrió un mundo de personas, tangible, afectivo, íntimo, real. Al mes de haber

personas del colectivo LGTTBIQ+. La razón por la cual tomé esta decisión, no del todo satisfactoria para mí, es porque no surgió de las interacciones durante mi estadía allí la presencia o mención de personas del colectivo LGTTBIQ+ ni se problematizaron cuestiones de género en este trabajo, sintiendo que si utilizaba la “e” estaría forzando una representación que estuvo ausente aquí.

comenzado, me crucé con el anuncio de una jornada debate sobre Derechos reproductivos en la agenda pública y legislativa, en la Facultad de Derecho de la UBA³. Respondiendo a mi impulso académico, se presentaba como una oportunidad tentadora para conocer sobre reproducción en términos sociales, y legales. En ese lugar escuché por primera vez hablar de boca de *personas del derecho*, y no de la biología, sobre embriones, implantación y fertilización, sobre el *comienzo de la concepción*, sobre si los embriones son personas, sobre protocolos de *aborto no punible*, el acceso al *aborto seguro*, la *salud integral* y el *aborto voluntario* en Uruguay. También se dijo que el problema central *es político*. Escuché fascinada. ¿Cómo se produce conocimiento sobre aborto? ¿Qué tipo de conocimiento se puede producir? ¿A quién se lee, a dónde se va? Meses más tarde, una compañera de la maestría me cuenta que su hermana quedó embarazada y consiguió abortar a través de un CeSAC. ¿Un CeSAC? Busqué el significado. Eran centros de atención primaria estatales, públicos, ubicados en prácticamente todos los barrios de la CABA. La ilegalidad de abortar me había enfrentado años atrás, y en aquel entonces, se resolvía con anestesia, de manera privada y clandestina. La misma compañera me recomendó el libro “Fornicar y matar. El problema del aborto” de Laura Klein (2005). Klein narra una escena sobre un debate televisivo acerca del aborto que capturó mi atención: *“un grupo de profesionales discutía y opinaba de manera áspera pero con fundamentos, que el aborto es un crimen porque los no nacidos son tan humanos como los nacidos y con igual derecho a la vida, de modo que no habría diferencia entre abortar y asesinar. Otros replicaban que no es la biología lo que otorga valor a la vida, y que abortar no es equiparable a matar a una persona. Se desplegaba una gran cantidad de conocimientos científicos, datos de investigaciones sociológicas e interpretaciones políticas y éticas. En un segundo plano, unas cuantas mujeres callaban y escuchaban. Eran las que venían a atestiguar de sus abortos. La animadora del programa se dirigió a ellas y les preguntó qué opinaban acerca de lo que se estaba discutiendo. Una de ellas respondió, mientras las demás*

³ Se refiere a la Universidad de Buenos Aires.

asentían: “No entiendo de qué están hablando”. Es que la experiencia de abortar está tan lejos del debate de ideas, que las mujeres que abortan no se reconocen en los términos de esa controversia donde unos las amonestan por criminales y otros las perdonan por ignorantes” describía Klein. Este fue mi punto de partida.

A diferencia del estudio embriológico desde la biología, la reproducción biológica de seres humanos está enmarcada en fuertes concepciones morales que se definen en un campo cambiante de relaciones de poder e involucran la regulación de la misma desde diferentes instituciones. En el apartado que sigue, haré una breve historización de cómo han ido cambiando los énfasis y los objetivos de la normativa y las políticas que regulan la reproducción biológica humana.

2. Contexto, evolución y cambio de los derechos sexuales y reproductivos

Comenzaré haciendo mención a lo que hoy denominamos como “salud sexual y reproductiva” y “derechos sexuales y reproductivos”. Actualmente el derecho a la salud comprende la promoción de la salud sexual y reproductiva y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que llega a la legislación argentina a través del derecho internacional. Los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva, quedan confirmados en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas* (CIPD) en El Cairo, Egipto, en 1994. Esto supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que se venían discutiendo a nivel mundial, para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía al control de la fecundidad para alcanzar metas demográficas. El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical respecto a las conferencias anteriores (Bucarest 1974 y México 1984) al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y deben localizarse dentro del marco de los derechos humanos. Hace hincapié en el empoderamiento de la mujer, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales, sobre todo respecto a la

sexualidad y la reproducción (Cap.VII. Punto D. “Bases para la Acción”. CIPD. El Cairo, 1994). Un año más tarde en Beijing, tiene lugar la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas* donde se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que serán una guía para los gobiernos de todo el mundo (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995). La Plataforma reafirma que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”. En la Cumbre del Milenio que tuvo lugar en el año 2000, este espíritu estuvo presente a la hora de definir dos de los objetivos de desarrollo del milenio: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres.

Este cambio de paradigma fue sustantivo para los avances en la exigibilidad de derechos por parte de los movimientos sociales y de derechos humanos en las distintas conferencias posteriores a la CIPD y la de la Mujer, donde los gobiernos eran interpelados sobre el cumplimiento de las propuestas surgidas de las *Plataformas de Acción* consensuadas. Como resultado de las conferencias internacionales y acuñando distintos enfoques, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una definición de salud sexual como “el completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual que supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad y la comunicación, para poder disfrutar en forma placentera y sin riesgos para la salud” y de salud reproductiva⁴ como “la condición en la cual se logra el proceso

⁴ El término “salud reproductiva” así como “derechos reproductivos” fueron objeto de críticas diversas desde que se incorporaran al lenguaje común de las demandas de las feministas frente al Estado democrático, a partir de 1983. Las críticas se centraron alrededor de dos ejes. Por un lado, hacia el silenciamiento de la cuestión de la sexualidad y las personas no definidas como heterosexuales. Por otro, y lo más criticado sobre todo de parte de las feministas más radicales, fue la expresa referencia a la reproducción y la

reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos, y no solamente la ausencia de enfermedad, dolencia o trastornos de dicho proceso". En consecuencia, la salud reproductiva refiere a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. A pesar del consenso global alcanzado sobre salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial, en la conferencia de El Cairo +10 (2004) y posteriormente en la conferencia para la evaluación de los compromisos adquiridos en la Plataforma de Acción de Beijing (2005), se evidenciaron los riesgos a los que estaba enfrentada la agenda en materia de salud sexual y reproductiva. La falta de derechos garantizados en el terreno de la salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres a nivel mundial, la cada vez mayor incidencia del VIH/SIDA entre las mujeres y las altas tasas de mortalidad materna en regiones de África, Asia y América Latina, reflejaban que en muchos aspectos la igualdad no era una realidad para las mujeres (Gogna, 2005).

El derecho a la salud comprende no sólo la promoción de la salud sexual y reproductiva sino su tutela en el ordenamiento jurídico. En Argentina, a partir de 1994, el derecho a la salud integra la nómina de derechos explícitos al ser reconocido por tratados y pactos internacionales incorporados a la Constitución Nacional argentina, a partir de la reforma con rango constitucional (art. 75, inciso 22)⁵ (Siverino Bavio, 2014). Una de esas incorporaciones fue la de la Convención

ausencia explícita de su contracara, la *no reproducción* (Brown, 2008). Salud y Derechos reproductivos ponen el énfasis en el aspecto reproductivo pero se supone que incluyen el segundo: la no reproducción. De allí que muchas feministas utilicen la denominación "salud (no)reproductiva" y "derechos (no)reproductivos". Comparto este posicionamiento político, aunque no utilizaré este término en esta tesis para facilitar la lectura de la misma, dada la alta frecuencia con la que acudo a ellos

⁵ Específicamente, en la Declaración de Derechos Humanos de la ONU (artí. 3º y 8º); Pacto Internacional sobre Derechos económicos, sociales y culturales (art. 12, 1 y 2); la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. XI); Convención Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica- (art. 26, que debe leerse con remisión al art. 33 de la Carta de la O.E.A.); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24º, inciso 2º).

sobre la Eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)⁶, donde los estados se comprometen a adoptar medidas que “aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijas e hijos, y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (art 16, e). Desde el año 2000, la cuestión del embarazo adolescente en especial en mujeres de bajos recursos, la cantidad de mujeres fallecidas por prácticas de abortos inseguros en condiciones de clandestinidad, sumado a la falta de programas informativos y preventivos desde el Estado, se hicieron visibles y tomaron más estado público (Adaszko, 2005; Checa et al., 2007).

Con el objeto de “promover la igualdad de derechos y contribuir a mejorar las oportunidades en el campo de la salud sexual y reproductiva”, se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) como consecuencia de la sanción de la Ley Nacional N° 25.673 en octubre de 2002 en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación⁷. La historia de desarrollo del PNSSyPR está marcada por varias etapas de construcción progresivas, en pos de alcanzar una verdadera universalización en el acceso a los derechos sexuales y derechos reproductivos (etapa inicial, etapa de institucionalización, etapa de consolidación y etapa de ampliación). El PNSSyPR tiene como objetivos: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, a fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; disminuir la morbilidad materna e infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH-sida y patologías génito-mamarias; garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios

⁶ <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx> (Fecha de consulta: 421/08/21).

⁷ La Ley 25.673 contiene catorce artículos y puede ser encontrada en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable. A partir de la sanción de esta ley se estableció la provisión gratuita de métodos anticonceptivos (MAC), tanto en el subsistema público de salud como en obras sociales y prepagas. Acceder a MAC es un derecho de todas las personas sin importar su edad, su orientación sexual, su identidad de género, si tiene o no discapacidad, su origen o nacionalidad.

El PNSSyPR fue el primer paso de posicionamiento del Estado argentino hacia un nuevo paradigma de derechos que incluyó la sanción de distintas normas destinadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, exceptuando al aborto. De acuerdo con la Ley 26.529 de derechos del paciente⁸, las personas que soliciten MAC tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso respecto a convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, a que se respete su intimidad, a prestar libremente su consentimiento informado⁹. Para esto será necesario recibir información adecuada, validada científicamente y en forma accesible de acuerdo a las necesidades que presente la persona para su correcta comprensión de la información transmitida (Petracci y Pecheny, 2007). La creación y ejecución del PNSSyPR constituyó un gran avance en un marco normativo garantista de derechos en lo que respecta a cuestiones de salud sexual y reproductiva ya que incorporó la problemática en la agenda del Estado nacional como objeto de políticas públicas. Constituyó además, un avance en el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión existencial del ser humano, fundamental y fundante de su identidad, ligada a los aspectos más íntimos y definitorios del

⁸ Ley N° 26.529. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

⁹ De acuerdo con la normativa, el consentimiento informado es un proceso que se da a través de la consulta y durante toda la relación sanitaria, que se materializa en una expresión de voluntad que será verbal, salvo casos de internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos en el que será escrito y debidamente firmado.

proyecto de vida de una persona. No obstante, el Estado no es una institución monolítica (Foucault, 2007) donde se concentra el poder, sino un entramado de relaciones sociales donde confluyen diferentes identidades que dan una particular conformación. En el caso del PNSSyPR se destaca la inserción de *feministas*¹⁰ en la gestión estatal, las *feministas institucionalizadas*, que han intentado introducir en esos espacios cambios acordes con las propuestas de los feminismos (Masson, 2007). A lo largo de las distintas etapas del PNSSyPR, las acciones de política pública impulsadas por ese espacio han sido permeadas por los feminismos respondiendo a distintas estrategias. Apenas creado el PNSSyPR nace el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), que tiene como misión conformar un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa Nacional y las asociaciones científicas y profesionales, representantes de agencias de Naciones Unidas, el sector educativo y las organizaciones sociales especializadas en la temática (ONGs feministas, es decir, aquellas que se reconocen como feministas y son reconocidas como tales por otras activistas), para el análisis y debate de los principales temas que competen al área, así como para la elaboración de líneas de acción en el marco de los derechos humanos, con perspectiva de género y su monitoreo (Venticinque, 2018; Rosenberg, 2020).

¹¹ Del año 2005 en adelante, se produjo una transición paulatina de las acciones de la política (Shore, 2010) hacia garantizar interrupciones legales del embarazo, desde un modelo de interpretación prohibicionista hacia uno más permisivo. Esta transición ha tenido a los feminismos como protagonistas: las *abogadas*

¹⁰ En este trabajo, utilizaré el término *feminismo* “para designar un *espacio social* internamente heterogéneo que engloba diferentes identificaciones construidas a partir de oposiciones y categorías de acusación que solo son inteligibles a la luz de la historia de la conformación de esa forma social particular” (Masson, 2007:14). Y *feministas* “partiendo de un criterio de autoidentificación” (Masson, 2007:14).

¹¹ Específicamente, el CoNDeRS estaba conformado por un grupo de ONGs de mujeres financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), conformado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) Argentina, la Fundación para el Estudio de la Mujer (FEIM), el Foro por los Derechos Reproductivos (Foro DDRR) y la Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC), y por asociaciones vecinales, grupos académicos, comunicadores sociales y otros (Rosenberg, 2020).

feministas, en su mayoría trabajando insertas en ONGs, que a través de la *movilización legal* (Fernández Vázquez, 2018 y 2020; Bergallo, 2014) y en articulación con las *feministas institucionalizadas*, en su mayoría profesionales médicas y sociólogas, lograron institucionalizar un marco de interpretación del régimen de despenalización del aborto por *causales*. Los *feminismos por el derecho al aborto* aquí descriptos (comprendidos por las *feministas institucionalizadas*, las *abogadas feministas* y las feministas participando desde las ONGs) junto a los feminismos que responden a las lógicas de los movimientos sociales (me referiré a ellos oportunamente en este trabajo), han ido construyendo un *lenguaje de derechos* en la enunciación de sus reclamos y reivindicaciones que han transferido a las acciones de política pública. En la actualidad, la anticoncepción no se plantea como una forma de regulación de la natalidad, sino como una manera que tienen las personas de poder elegir si tener o no hijas/os, cuántos y cuándo tenerlos, y así, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos nacen de las luchas de los feminismos por ganar autonomía en las decisiones que afectan sus vidas (Rosenberg, 2020). Las demandas de los feminismos y del colectivo LGTTBIQ+ en torno a los derechos sexuales y reproductivos, que han acompañado este proceso de avances y retrocesos, se refieren al control del propio cuerpo, la seguridad, la propia definición sexual, la legitimidad de la agencia y del placer, el acceso a la anticoncepción, al aborto seguro, a la salud; así como también la demanda en torno al reconocimiento público de las identidades y estilos de vida y el acceso pleno a los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales (Di Marco, 2012; Rosenberg, 2020).

¿Cómo se traducen estas transformaciones a nivel internacional y nacional en la vida de las mujeres? Aquellas mujeres de las que habla Klein (2005) que dicen “que no saben de que están hablando” cuando se debate acerca del aborto? Me preguntaba de qué se trata esta diferencia de posiciones, de mundos. ¿Cómo funciona uno y cómo el otro?

En el 2016, inicié mi exploración y búsqueda en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (en adelante *la Campaña*). Flyers, banderas, pañuelos verdes, marchas, juntada de firmas en la esquina del Congreso Nacional, un triple lema integral: *Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir*. Un colectivo intergeneracional de múltiples voces y trayectorias de vida. Inicialmente, no entendía dónde funcionaban, en qué lugar físico, qué hacían exactamente. Encontrarme con el anuncio del comienzo de una cátedra libre de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA me sacó una sonrisa. Los conceptos *cátedra*, *universidad*, y *bibliografía* me resultaron atractivos pero, sobre todo, familiares. Contar con bibliografía me aliviaba. Me sumé a la cátedra y a sus siete encuentros. Conocí el *activismo feminista* y también algo de bibliografía. El fervor de las discusiones, las rondas grupales, la cercanía con las docentes, el desorden. Temas como *modelo médico hegemónico*, *biologismo* y *atención primaria* resonaban en las clases. Se cuestionaba la *racionalidad científica*. Se plantearon interrogantes como: “Dar vida, ¿para quién?”, “el médico como controlador de las *desviaciones*”, “el aborto como un problema político y colectivo”. Allí supe de la existencia de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir¹² (en adelante la Red), un grupo de profesionales de la salud organizadas/os insertas/os en instituciones públicas de salud comprometidas/os con garantizar abortos legales y de las Socorristas en Red - Feministas que abortamos¹³, que llevaban adelante acompañamientos a mujeres que buscaban abortar, informando sobre el uso de *misoprostol*¹⁴ y proveyéndolo. Las

¹² La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir surge en el año 2015 como estrategia política dentro de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Analizaré sus acciones en el capítulo 3. <http://redsaldedecidir.org/>

¹³ Socorristas en Red - Feministas que abortamos es una articulación de colectivas de Argentina que provee de información -siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud- y acompaña a mujeres y a personas gestantes que han decidido interrumpir embarazos, para que lo hagan de manera segura y cuidada. Se conformó como red en Argentina en el 2014. <https://socorristasenred.org/>

¹⁴ Medicación utilizada para interrumpir embarazos legales en Argentina.

Socorristas en Red no eran profesionales de la salud necesariamente, ni funcionaban en instituciones públicas, sino que eran grupos feministas que accionaban en espacios políticos, unidades básicas, centros barriales, universidades y hasta en bares y en McDonald's. "Se trata de construir autonomía. Acompañar a mujeres a abortar es un evento político" decía una integrante. Me sumé a *la Campaña* al finalizar la cursada de la cátedra a fines del 2016 y desde entonces, fui parte de la transformación que llevó a su crecimiento exponencial, pasó por una ley y se encuentra hoy redefiniendo sus objetivos. Desde ahí, y desde ese acumulado, no sin contradicciones, es desde donde escribí esta tesis.

Con el transcurrir del tiempo en *la Campaña* recibí un sinfín de solicitudes de información para acceder a abortar a través de redes sociales virtuales, de mi propio teléfono celular, mi amiga me pasó tu número, mi prima conoce a tu prima, no te conozco pero encontré tu teléfono en una gacetilla de prensa, ¿me podés ayudar? El tono de desesperación de los pedidos al desconocer si abortar era legal o no, y sobre todo, al no saber a dónde ir, ni qué hacer, me generaba indignación y rabia, sobre todo en los casos en los que los abortos no se terminaban garantizando. Escuchaba historias del tipo "fui y me dijeron que me iban a llamar y ya pasó una semana, y no sé qué hacer", "la médica me dijo que volviera otro día, pero yo ya estoy de 2 meses", "me dijeron que ahí no, que nada que ver". Conocer estas situaciones fue con el tiempo generando la necesidad de entender por qué en un contexto de legalidad, aunque restrictiva, resultaba tan difícil que se cumpliera la ley, es decir, que se pudiese hacer uso de las *causales* que se referencian en el Código Penal de la Nación que regían desde el año 1921. ¿Quién es responsable de esto? ¿Qué ocurre en el territorio? ¿Qué políticas está implementando el Estado para cumplir con esto? ¿En qué medida se cumplen? ¿Qué desafíos presentan? ¿A quiénes benefician? ¿Cómo significan las actrices y actores involucradas/os la experiencia de atravesar lo que implica la "resolución" de un embarazo inoportuno, tanto desde la perspectiva de quienes acuden a resolverlo como desde la de quienes garantizan esa

resolución? Me daba la sensación que la información no llegaba y las estrategias de *la Red* y de *Socorristas* en articulación con *la Campaña*, tres espacios con objetivos compartidos aunque con perspectivas propias, con sus propios medios de comunicación y difusión y fuerte *activismo territorial*, eran pilares importantes que resolvían solo algunos casos. ¿Sería que el Estado contaba con que el *activismo* cubriera los espacios que él no cubría? ¿O se trataba de algo que mejor ni siquiera mirar, de algo inconveniente?

Mis preguntas iniciales se fueron expandiendo y surgieron otras. Aquí podría encontrar un campo de estudio para analizar, en un contexto específico, los modos de generar, interpretar e implementar la política en materia de salud sexual y reproductiva y los modos en que las destinatarias conocen, experimentan y resignifican esta interpelación desde una perspectiva etnográfica. Como *activista por el derecho al aborto* e investigadora, identidades que adquirí casi en forma simultánea, pensé, podría aportar una visión productiva y conciliar esa particular intersección: la bibliografía sobre miradas integrales del funcionamiento de la política de garantía de la interrupción legal del embarazo (ILE) en una institución estatal y las interacciones en un momento histórico único. Era el año 2019. En abril del 2018, había tenido lugar un debate parlamentario histórico donde se presentaron argumentos a favor y en contra acerca de la aprobación de un proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el cual permitía a toda mujer o persona gestante abortar hasta la semana 14 de gestación sin restricciones, el cual obtuvo media sanción en la cámara de Diputados pero fue rechazado meses después en la de Senadores. A partir de este hito, y de lo que implicó en términos de movilizaciones mediáticas, *en la calle* y en medios de comunicación masivos, se podía apreciar que la sociedad había cambiado en términos políticos y culturales respecto a la temática de aborto. Se hablaba de haber alcanzado la *despenalización social del aborto*, que se describe por el activismo feminista como un proceso largo producto de acciones, lideradas por *la Campaña* junto a múltiples organizaciones feministas, para “sacar” el

aborto del espacio privado y clandestino (Gutiérrez, 2018). Ello permitió que un derecho individual, personalísimo, tomara características de demanda colectiva y mostrara el amplio apoyo social que permeó las clases sociales. El concepto de *marea verde*, también acuñado por el *activismo por el derecho al aborto*, muestra de manera contundente, a través de la insignia del pañuelo verde portador de múltiples significaciones¹⁵, el trabajo acumulado de años del movimiento de mujeres y de la estrecha relación establecida con las diversidades sexuales en múltiples instancias (Gutiérrez, 2018). Aún así, faltaba la ley.

En el campo de la literatura de políticas públicas se desarrollaron numerosos trabajos cuyas perspectivas nutren el análisis y elaboración de esta tesis (Oszlak y O'Donnell, 1984; Ramírez, 2010; Ramos, 2016). En particular, el estudio etnográfico en el campo de la antropología de la salud de Pozzio (2011) que tiene lugar en un centro de atención primaria de la salud donde se ubican conceptos como feminización de la salud pública y se expone la dimensión personalizada entre agentes estatales y destinatarias de una política pública relacionada con las mujeres en tanto madres dando cuenta sobre cómo el Estado visualiza el problema. Con un enfoque en la génesis de las consejerías pre y pos aborto que inicia en el 2007, y recorre su evolución hasta el 2017, centrándose en las/os profesionales de la salud que garantizan abortos, Fernández Vázquez (2017) propone el concepto de *política difusa* para referirse a la política de acceso al aborto que se presenta con distintos niveles de institucionalización, y atravesada por el feminismo en el Estado. A partir de un análisis de políticas públicas con enfoque antropológico, Shore (2010) ha dado pautas útiles sobre considerar a las políticas entendidas como un proceso sociocultural, y estudiarlas a través de acciones desplegadas en dichos procesos (como acciones de política

¹⁵ El pañuelo verde se identifica como “símbolo de la lucha por la despenalización y legalización del aborto voluntario en Argentina” (como se puede leer en las numerosas declaraciones políticas publicadas por *la Campaña* en su página web y redes sociales), y es utilizado y popularizado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. En el año 2018, se volvió la prenda más utilizada por quienes se posicionaron a favor de la despenalización y legalización del aborto de manera pública.

pública). En términos de reflexiones críticas y una perspectiva de análisis del aborto como un problema de salud pública se encuentra el estudio de Checa y Rosenberg (1996) que se enfoca en los abortos hospitalarios en la CABA. Este enfoque (el sanitarista) ha sido útil para mostrar estadísticas que han tenido un rol clave en el compromiso político con este tema. Otros trabajos han estudiado las distintas posturas del personal en torno al sistema de salud respecto del aborto (Ramos et al., 2001; Szulik et al., 2008), así como las distintas aristas y desafíos que se presentan en la atención postaborto (Checa et al., 2006). Como punto central en el avance de derechos en materia de salud sexual y reproductiva ha sido clave el vínculo entre los derechos sexuales y reproductivos y la ciudadanía de las mujeres (Gutiérrez, 2003; Brown, 2004). El estudio sobre experiencias de aborto en el relato de mujeres y varones llevado a cabo por Chaneton y Vacarezza (2011) muestra a través de numerosos testimonios los modos en los que se enlazan el lenguaje, el poder y las subjetividades de personas que han experimentado abortar o acompañar abortos. El estudio realizado en un contexto social de clandestinidad (el Congreso contaba con un proyecto presentado por *la Campaña* en el 2010 que esperaba ser tratado) expone diversas dimensiones de análisis como la maternidad, el involucramiento de los varones, el *cuidarse*, la desesperación experimentada, y la necesidad imperante de realizarlo cuanto antes, entre otras. Me preguntaba cuál sería la situación años después, en el momento de comenzar a trabajar para la realización de esta tesis. Otras investigaciones que han aportado a comprender el escenario socio-político en el que el derecho al aborto se convirtió en aquello que los movimientos feministas buscaban poner en agenda, se enfocan en las luchas feministas por la despenalización y legalización del aborto en Argentina, el surgimiento de *la Campaña*, sus acciones políticas, las Socorristas en Red y diversas estrategias de acción (Gutiérrez, 2007; Di Marco, 2011; Anzorena y Zurbriggen, 2013; Bellucci, 2014; Rosenberg y Schvartzman, 2014; Burton, 2017; Gutiérrez, 2018).

3. Los contextos de la producción del conocimiento

Al momento de realizar esta investigación, el aborto estaba legalmente restringido en Argentina. El Código Penal de la Nación lo tipifica como un delito contra la vida y la persona (Código Penal, Art. 85, 1921), y establece pena para quien lo efectúe y para la mujer que se causara o consintiera esa práctica. Asimismo, el artículo 86 del Código Penal establece dos excepciones en las que el aborto no es punible (de ahí las siglas ANP con las cuales se comenzó originalmente a hablar de este derecho), es decir, que está permitido ante la ley: 1) si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”, y 2) “si el embarazo es producto de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En el año 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), a través de lo que se conoce como Fallo F.A.L., se pronuncia en abstracto sobre las *causales* de no punibilidad contenidas en el artículo 86 del Código Penal (inc. 1 y 2). En este fallo, proveniente de un caso que involucró el pedido de aborto en favor de una adolescente de 15 años violada por un familiar en la provincia de Chubut, la CSJN entendió que el inciso 2 aplica a toda mujer que haya sufrido un ataque sexual, no sólo a aquellas que presentan alguna discapacidad intelectual o psicosocial. Y aclara la forma en que debía interpretarse dicho artículo, estableciendo que el aborto debe realizarse, sin necesidad de autorización judicial, siendo suficiente, en casos de violación, la declaración jurada de la mujer (CSJN, 2012). Es decir, prohíbe la judicialización de los casos de ANP y la obstaculización por parte de los servicios de salud. Exhortó, además, a las autoridades nacionales y provinciales, a remover todas las barreras administrativas o fácticas a través de la implementación y operativización de protocolos hospitalarios para la concreta atención de los ANP. La Corte demandó al Estado que actúe, lo obligó a reconocer la problemática y a posicionarse a través de la implementación de protocolos. Dentro del Ministerio de Salud de la Nación, fue el PNSSyP el órgano de gobierno invocado a

implementar y construir los lineamientos para el desarrollo de esta nueva política pública de Estado para promover la garantía de acceso al aborto.

Con este imperativo del poder judicial, el PNSSyPR publicó y difundió, en el 2015, lo que se conoció como el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” (en adelante Protocolo ILE) (Ministerio de Salud de la Nación, 2015), con el objeto de garantizar el cumplimiento de la normativa en los casos mencionados anteriormente por parte de las/os profesionales de la salud en todo el país¹⁶. La realidad marcó, sin embargo, un nivel de cumplimiento errático: mientras que algunas jurisdicciones no contaban con protocolos de acceso, otras como la CABA, incorporaron requerimientos que no se ajustaban a los exigidos por la CSJN (analizaré el contexto restrictivo en la Ciudad en el capítulo 1). El Protocolo ILE, buscó, con un lenguaje amigable, desdramatizar la prestación médica y estandarizarla, derribar mitos y limitar el uso de la objeción de conciencia para evitar abusos que obstaculicen arbitrariamente el acceso a una ILE. Expresamente dice que “la decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/os profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas” e implica “el acceso a una atención integral de calidad” que asegure el respeto por “la intimidad, y la autonomía, el flujo de la información clara y veraz, y el acceso a los adelantos tecnológicos e información científica actualizada”.

¹⁶ El “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación en el 2015, revisa y actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles”. La Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles es una revisión y actualización del documento elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) durante el año 2007 basado en cuatro fuentes principales: “Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 2003); “Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)”, Ministerio de la Protección Social (Bogotá, 2006); “Norma Técnica: Atensão Humanizada ao Abortamento”, Ministerio da Saúde (Brasília, 2005); y “Aborto Legal: Regulaciones Sanitarias Comparadas”, de Ana Cristina González Vélez, Giselle Carino y Juanita Durán, IPPF/WHR (Montevideo, 2007) https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_guia_tecnica_anp.pdf

En la confección del Protocolo ILE trabajó un equipo médico y legal del PNSSyPR, abogadas feministas especializadas en derechos humanos y salud, consultoras externas de dicho Programa y varias ONGs feministas así como personal médico del Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, que fue pionero en el país en la incorporación de las *consejerías pre y post aborto*, siguiendo el modelo implementado en Uruguay. Se cambiaron algunas terminologías respecto de la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” su anterior versión (del 2010), y ciertos giros lingüísticos al reconceptualizar los ANP como interrupciones legales del embarazo. La actualización habla de *derechos* y de ILE, es decir, considera al aborto “en términos de prestación de salud que satisface derechos”, en lugar de utilizar un lenguaje punitivista como el término *aborto no punible* que es jurídico. Modifica la conceptualización que se utilizaba hasta entonces de *causales de no punibilidad* y las resignifica como *causales de legalidad*. Asimismo, utiliza la definición de *salud integral* de la OMS: “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones¹⁷” ampliando el acceso a los abortos legales por la *causal salud*. Las organizaciones del CoNDeRS elaboraron informes que recuperan las discusiones y reflexiones así como recomendaciones en torno a los protocolos que se difundían desde el Ministerio de Salud de la Nación, entre ellos el de ANP (CoNDeRS, 2008).

El acceso al ANP continuó sometido a trámites restrictivos pese a los proyectos legislativos que desde el año 2007 presenta *la Campaña* para que el aborto voluntario sea ley. Desde su fundación en el año 2005, *la Campaña* ha sido la principal actriz que buscó de manera sostenida que el derecho al aborto sea incluido como tema de la agenda política de movimientos sociales diversos

¹⁷ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, realizada en Nueva York en el año 1946, firmada por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigencia en abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

y heterogéneos (Rosenberg, 2020). Además de la publicación y amplia difusión del Protocolo ILE, en 2015, se produce un hecho clave que tuvo un alto impacto en la llegada e implementación del Protocolo en las *consejerías pre y pos aborto*, el surgimiento de *la Red*. En la actualidad, *la Red* incluye a más de 2000 profesionales de todo el país, que garantizan abortos legales dentro del sistema de salud, básicamente centros de salud y hospitales públicos. *La Red* se forjó como una estrategia del *activismo feminista por el derecho al aborto* al interior de *la Campaña* en respuesta a la necesidad de motorizar las *consejerías pre y pos aborto* ahora bajo el impulso de esta nueva acción de política pública promovida desde el Estado (el *Protocolo ILE*).

Un día de abril del año 2019, a través del contacto con investigadoras vinculadas con la Red de Investigación Traslacional en Salud de CONICET¹⁸, surgió la oportunidad de conocer al equipo de la consejería en salud sexual y reproductiva (en adelante consejería en SSyR) que funcionaba en uno de los varios centros de salud de atención primaria situados en un barrio del sur de la CABA. Esta oportunidad que un par de años atrás se me había vedado (“la coyuntura es compleja y necesitamos cuidarnos y cuidar el espacio”, me dijeron) finalmente ocurría. Había transcurrido un debate histórico sobre la temática. El equipo de salud se describía como *estallado*, sin poder analizar dónde estaban los problemas, qué fallaba y con la dificultad de que muchas ILE no se terminaban garantizando. Me convocaban para que pensemos juntas. Era una institución pública de salud donde podría ver qué ocurría en ese ámbito, cómo se asistía, intervenía, informaba, hablaba, organizaba. Cuáles eran las necesidades de la población que asistía y cómo se daba respuesta a esas necesidades, qué entendimientos o falta de ellos, qué condiciones de posibilidad. Una mañana de octubre de 2019, fui a conocerlas. Ese mismo día en el que nos reunimos, empecé. En ese momento, abortar legalmente era solo posible a través del

¹⁸ Se refiere al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, principal organismo dedicado a la promoción de la ciencia y la tecnología en Argentina, dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación.

pasaje por el dispositivo de una consejería en SSyR, y enmarcar la situación de quien necesitaba abortar en alguna de las dos causales permitidas en el Código Penal de la Nación, salud y violación.

4. Metodología de la investigación

Este trabajo de tesis es el resultado de múltiples estrategias de investigación, en distintos momentos y con diversos grados de involucramiento con el campo. Primero, fue vital para su escritura los años en los que participé activamente en *la Campaña*. Durante esos años, formé parte del equipo de Comunicación y prensa, un rol que me permitió pensar los tipos de mensaje, narrativas, estéticas, imágenes y posicionamientos políticos que se buscaba mostrar a través de las redes sociales virtuales que estaban en abismal crecimiento. Mi participación en el diseño de la cátedra libre de *la Campaña* en la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA (volveré a este punto en el capítulo 3), me permitió trabajar muy de cerca con *la Red*, conocer sus desafíos no solo dentro del sistema público de salud sino hacia el interior del colectivo, en su organización. Las alianzas federales presentaban complejidades. *La Red* funcionaba en todo el país con distintas realidades socioculturales y económicas, con partes del país donde era necesario recorrer kilómetros para encontrar a alguien, en una remota *salita*, que garantice la práctica de aborto. Esta interacción cercana con ellas/os me mostraba una y otra vez el abismo existente entre quienes garantizaban abortos (ellas/os) y quienes necesitaban acceder a la práctica. Se diseñaron múltiples estrategias comunicacionales conjuntas con *la Campaña*, una de las más exitosas fue la de “Contas con Nosotrxs” (me referiré a ella en el capítulo 3). Luego, realicé una investigación de campo más acotada y más intensa a fin de complementar la experiencia como activista, realizada en el período de octubre a diciembre de 2019, durante el cual asistí, observé y participé de diversas formas y sobre todo en entrevistas que tuvieron lugar en el marco de funcionamiento de la consejería en SSyR llevada a cabo por el *equipo de salud sexual y reproductiva* (en adelante equipo de SSyR), dentro del centro de salud.

El presente trabajo responde a una perspectiva etnográfica, entendida esta no sólo como enfoque, sino como método y texto (Guber, 2014:16; Guber, 2005), mediante la cual intenté captar la mirada de las actrices y actores involucradas/os, y aprehender una porción del mundo social analizado, siempre incompleto, a partir de una integración dinámica o analítica de las perspectivas nativas y las de la investigadora/r, para entender los universos de referencia de las actrices y actores estudiadas/os y descubrir las estructuras conceptuales que informan sus actos (Balbi, 2012). La perspectiva etnográfica supone una instancia empírica (Guber, 2011: 39) la que, en este caso, resultó no sólo de un trabajo de campo en el centro de salud, sino que se nutrió de un *campo* que recupero de mi activismo en *la Campaña*. La instancia empírica que utilicé es de manera simultánea, observación y participación de las actrices y actores en su propio espacio y en la interacción entre y con ellas/os, con el objeto de captar la multiplicidad de significados que sus comportamientos y relaciones con otras/os revelan. En el transcurso del trabajo de campo mi accesibilidad a ellas/os fue creciendo. Mantuve diálogos y conversaciones informales con el personal del centro de salud en el espacio de la sala de espera, en los corredores y en el SUM¹⁹, espacio donde ocurrían múltiples actividades sociales (almuerzos, largas sobremesas, mates) y de trabajo (reuniones de equipo, talleres, llenado de informes ya que contaba con una computadora), con la intención de conocer *el cotidiano* del centro, su historia, las interacciones entre las actrices y actores que allí convivían y las percepciones que tenían sobre la comunidad del barrio. Se conversaba de actividades que se organizarían, participaciones, difusión en el programa de radio vecinal que les cedía un espacio para informar sobre campañas de vacunación, test de VIH, etc... El centro de salud me revelaría el circuito institucional, es decir, los espacios y dimensiones, los diálogos e interacciones delineados allí, que alojaban las distintas etapas que implicaba

¹⁹ Se refiere al “salón de usos múltiples” que hace referencia a una sala que se puede utilizar para diversos eventos, a discreción de la comunidad que la utilice.

llevar adelante la práctica de aborto (Pantaleón, 2005), desde el ingreso al centro de salud, la admisión (interacción con quién/es), la permanencia en la sala de espera (cuánto, cómo), la exposición a carteles informativos sobre la práctica de ILE y MAC, el ingreso al consultorio, la circulación por los pasillos, la interacción con el equipo de SSyR, con la Farmacia y con Enfermería. Establecí contactos y pasé tiempo en la sala de espera para lograr captar los comportamientos del cotidiano y los sentidos que las actrices y actores diversos que trabajaban en el centro, por fuera de la consejería, le daban a la consejería y cómo significaban su función. Las ginecólogas, Roberto el *seguridad*, el director del centro, *las administrativas*, y las/os usuarias/os del centro que no acudían a la consejería pero que formaban parte del entramado cotidiano de funcionamiento y hacían a la comprensión del contexto y de las dinámicas propias de la comunidad.

Mi principal interacción con el equipo de SSyR que llevaba adelante la consejería y las destinatarias de la política pública de acceso al aborto que busco estudiar tuvo lugar en el marco de las consejerías que funcionaban dentro de un consultorio, que nunca resultaba ser el mismo y variaba según las posibilidades de encontrar uno vacío y poder utilizarlo. Me presenté ante las destinatarias como *investigadora* que estaba realizando un trabajo de investigación sobre cómo se desarrollaban las consultas sobre salud sexual y reproductiva y sobre cómo interactuaban las profesionales de la salud con ellas. Todas las entrevistadas en el marco de la consejería prestaron consentimiento oral a la realización y registro de la misma, y accedieron sin reparos. En cada una de las entrevistas que presencié, estuve acompañada por alguna integrante del equipo de SSyR. Aunque siempre fui consciente que mi presencia allí no dejaba de ser una suerte de intervención, de rareza, se dirigían a mí y frecuentemente me preguntaban cuestiones relativas a lo específico de la consulta o hacían algún comentario de índole más personal. Me sentí casi una más. La propia recolección de datos es evidentemente no neutra en términos de género. Mi género tuvo que ver con mi circulación por el centro y la aceptación a presenciar las consultas. El mundo de la consejería del centro era un mundo de mujeres. Es probable que mi etnia

también haya condicionado las reacciones que despertó mi presencia. Me confundían con parte del equipo de la consejería, en su gran mayoría blanco de clase media. Estos atributos socioculturales ciertamente condicionaron el trabajo y mi transitar ya que no existe conocimiento que no esté mediado por la presencia de la investigadora (Guber, 2014). Participé de dos salidas al *barrio*, una con el *equipo territorial* con el objetivo de acercar la consejería de MAC al territorio (en este caso, una *canchita* de fútbol), otra, en el contexto de una campaña de vacunación a raíz de un brote de sarampión la cual me ayudó a entender mejor las características de la comunidad aledaña, mucha de la cual asistía al centro habitualmente, y las estrategias de atención primaria de la salud (APS) subyacentes en un contexto más amplio de salud pública²⁰. Enfoqué mi trabajo en el análisis de las prácticas y discursos que tuvieron lugar en el marco de las consultas junto a las destinatarias. Intenté acercarme a sus esquemas de pensamiento y configuraciones que se actualizaban en la interacción.

Para recuperar el contexto socio histórico en el que se enmarca esta investigación así como identificar las diferentes acciones que impulsa la política pública de acceso a salud sexual y reproductiva en el país y registrar sus transformaciones, utilicé variadas fuentes documentales de producción institucional, incluyendo comunicaciones institucionales, resoluciones administrativas y otros documentos oficiales (leyes, resoluciones, guías y protocolos médicos) publicados en la página web del Ministerio de Salud de la Nación y de la CABA y los boletines oficiales del gobierno nacional y algunos artículos de prensa gráfica. Asimismo, registré escenas, espacios, dinámicas,

²⁰ En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata realizada en Kazajistán (entonces integrante de la URSS), y organizada por la OMS/OPS y UNICEF en el año 1978, se subrayó la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Almá-Atá y su lema fue “Salud para todos en el año 2000”. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales. El texto a la declaración está disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=3D8A587B0A3C140E1093CCB3F8FD09D1?sequence=1>

tomé notas y fotografías, realicé entrevistas informales a integrantes del equipo, y otras/os profesionales de la salud del centro (pediatras, psicóloga, nutricionista). Asumí el compromiso de garantizar la confidencialidad de los/las entrevistados/as. En la redacción de esta tesis utilicé la primera persona del singular ya que explicita mi presencia y posición subjetiva durante todo el recorrido que implicó realizarla. Considero que el uso de la voz propia contribuye a la transparencia del trabajo y de las conclusiones que presentaré en los capítulos subsiguientes.

Apenas iniciado el trabajo de campo en el centro de salud, noto un hecho que se imponía: la implementación de la estrategia de *AIPE*, la *anticoncepción inmediata pos evento obstétrico*, al interior de la consejería. Se trataba de una acción de política pública que implicaba la administración de un MAC, de preferencia de larga duración (3 años), inmediatamente después de haberse experimentado un evento obstétrico como el aborto. La *AIPE* se impulsaba desde la consejería, en el marco de la visita para asistir al *control pos ILE*. Esta intervención que se buscaba impulsar hacia todas quienes habían atravesado una ILE se tornó uno de mis puntos de interés al estudiar la implementación de la política de acceso a ILE que incorporaría entonces el acceso a anticoncepción en esta instancia particular, que se presentaba con ciertas características y que me dispuse a analizar. Asimismo, me gustaría mencionar que inicialmente me había propuesto conocer las trayectorias de vida e historias reproductivas de las destinatarias de la política con el fin de conocer cómo dotaban de sentido la experiencia de la consejería y su propia percepción de la implementación de la política e impacto en sus vidas. Sin embargo, el campo me mostró una *ausencia*. Me enfrenté a la dificultad de poder seguir las porque rara vez pude volver a verlas luego de la consulta para una ILE o control pos ILE; es que muchas no volvían. La *ausencia* terminó siendo el dato que me mostraba el propio funcionamiento de la consejería, sus alcances y limitaciones. No obstante, a través de las consultas, diálogos, comportamientos y situaciones que se iban desencadenando

en respuesta a las limitaciones, disputas de sentido y de poder que tenían lugar, pude acercarme a comprender sus experiencias y a cómo impactaban en sus vidas cotidianas.

En el campo, la investigadora pone a prueba sus patrones de pensamiento y de acción más íntimos, donde es necesario un control permanente (Guber, 2004). Sin embargo, ¿qué sino los intereses de quien investiga inauguran una investigación? No obstante, creo necesario subrayar la incomodidad presente durante todo este trabajo. Mi aterrizaje en el campo ocurrió con una serie de ideas preconcebidas de las que debía necesariamente transformar para poder comprender las lógicas de las actrices y actores estatales que se ponían en juego, y de las destinatarias. Me refiero a prejuicios de clase, por tratarse, en el caso de las destinatarias, de personas que identifiqué de clases populares y migrantes bolivianas/os, y paraguayas/os mayormente. Asimismo, el paisaje del barrio y sus alrededores me resultaban ajenos a mi propio contexto. Debía superar estos prejuicios para entender desde sus lugares, cómo significaban la realidad de la que formaban parte y así llegar al fondo sobre el por qué decían lo que decían y se comportaban de la forma que lo hacían (Krotz, 2002).

Mi condición de activista por el derecho al aborto pudo haber impactado en esta investigación. Descentrar mi mirada para entender los hábitos y discursos de las integrantes del equipo, a partir de sus propias perspectivas y prácticas, me exigía adentrarme en una posición de extrañamiento y convertir aquello que me era familiar en algo “exótico” y construir, así, la perspectiva antropológica (Lins Ribeiro, 1989). No conversé sobre mi pertenencia a *la Campaña* ni sobre mi cercanía a *la Red* con las integrantes del equipo ni las conocía de antemano. Intenté en toda ocasión aclarar que estaba allí como investigadora, tanto a cada nueva actriz o actor que conocía en el centro como a las usuarias y destinatarias²¹. Tal vez me equivoque, pero considero no ser portadora de un discurso activista que se trasluciera. Tal vez, mi formación como bióloga, y varios

²¹ Utilizo la categoría *usuarias* para referirme a quienes asisten al centro de salud habitualmente y *destinatarias* para referirme a quienes resultan destinatarias de la política pública que estudio.

años de utilizar un lenguaje con características formales y diría *impersonales* me han mantenido en una posición de análisis crítico respecto a algunas expresiones de los activismos feministas que he oportunamente cuestionado. Fue de hecho dificultoso para mi aprender el *lenguaje feminista* comúnmente utilizado en reuniones de activismos y me ha generado incomodidad posicionarme en mis intervenciones. Debo reconocer, sin embargo, que en algunas ocasiones cometí la imprudencia de naturalizar algunos conceptos durante la escritura de esta tesis, que necesité revisar. Considero que durante mi estadía en el campo, fui muy consciente de mi doble rol (investigadora y activista) y me mantuve vigilante a considerar y sostener ante todo que el trabajo de campo es la instancia privilegiada del conocimiento social en la investigación empírica (Guber, 2004).

5. Objetivos generales y específicos de la investigación

El objetivo general de esta investigación es explorar la política pública vinculada a la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la anticoncepción y la interrupción del embarazo. En ese sentido, puse el foco tanto en el surgimiento como en la transformación de la política de salud sexual y reproductiva en programas gubernamentales como su implementación en el sistema público de salud, particularmente en un contexto de pobreza y escasez de recursos. Como objetivos específicos me propongo 1- establecer la trama en la que ocurren las interacciones cotidianas entre las actrices y actores que son parte del centro de salud así como el circuito institucional construido y las condiciones de posibilidad, 2- explorar cómo las políticas interpelan a las destinatarias en el *cara a cara* en el consultorio para establecer la legalidad de un aborto así como las instancias de regulación de la reproducción en la estrategia de AIPE y 3- comprender los modos en los cuales el activismo feminista permea las prácticas del equipo, los efectos que esto produce dentro del mismo y fuera de él, en interacción con las actrices y actores del centro y con las destinatarias de la política.

6. Estructuración de la tesis y síntesis de los capítulos

Esta tesis se presenta organizada en tres capítulos. En el primero, presento el centro de salud, las dinámicas, el circuito institucional, las actrices y actores que son parte del mismo así como sus prácticas y sentidos. Refiero a las características que constituyen la estrategia de APS en la que se enmarca el funcionamiento del centro para dar cuenta del contexto de escasez de recursos en el que se implementa la política pública que busco estudiar. Revelo algunas de las falencias que permiten que se configuren roles que ejercen funciones que terminan siendo necesarias para que la política pueda sostenerse. Historizo la evolución de la política pública de acceso a la salud sexual y reproductiva tanto en acciones hacia garantizar la ILE como la AIPE en el marco de la consejería que lleva adelante el equipo de SSyR y cómo éstas lo fueron moldeando en sus prácticas así como recorro la bibliografía de los principales lineamientos de las acciones de la política que la componen para entender las condiciones de posibilidad y el contexto en el que tiene lugar el trabajo de esta tesis. Por último, muestro algunas de las tensiones por parte de algunas actrices del centro (las ginecólogas) respecto al accionar del equipo en su rol de garantizar ILE así como las disputas que se experimentan en clave moral. En el segundo capítulo, busco mostrar el funcionamiento de la consejería en SSyR, las acciones necesarias para recorrer el circuito que abarca desde la admisión o recepción de quien acude a la consejería a contar con la disponibilidad de las integrantes del equipo para atenderla dentro de las múltiples tareas que realizan en el centro, hasta la política pública puesta en marcha en el consultorio de la consejería. Esto me permite detenerme en analizar el *cara a cara* durante la entrevista, donde se define la situación en la que ocurre el pasaje de un aborto ilegal a uno legal en una suerte de recorrido que incluye aspectos generales y singulares que quedan asentados en una historia clínica y tienen la función de enmarcar la legalidad. A partir de adentrarme en este despliegue, busco explorar las tensiones, los fracasos, los desencuentros y cómo las prácticas tienen o no posibilidad de realizarse, de qué, en el sentido de a quiénes conforman, ayudan o dañan cuando estos mundos llegan en un determinado momento a tocarse. Asimismo problematizo las

disputas de sentido evidenciadas entre el equipo de SSyR y las ginecólogas del centro en términos de implementación de la política y los modos en los que esto impacta las condiciones de libre elección, derechos y autonomía de las destinatarias. Finalmente, analizo cómo funciona la estrategia de AIPE, esa oportunidad de intervención que debe ser implementada inmediatamente luego de la práctica de ILE en el marco de la consejería para evitar recurrencias de abortos. En el tercero, busco establecer las dimensiones de análisis que se revelan con el surgimiento del equipo SSyR dentro del centro de salud, las distintas miradas de las/los trabajadoras/es del centro sobre la salud en general, el estigma hacia el activismo más radicalizado - *las aborteras* - con el que cargan quienes profesionalmente intervienen en la interrupción de un embarazo. Asimismo analizo la influencia del contexto socio histórico (debate parlamentario que puso al aborto en la agenda pública) en el ámbito de la consejería, las tensiones generadas dentro del equipo y las maneras de tramitar los conflictos sin un contexto institucional consolidado. Exploro los modos de *hacer política pública desde el activismo* y las tensiones generadas al otorgarle a ello distintos sentidos - desde la *militancia* o desde la *institucionalidad*. Me enfoco en mostrar la influencia de las acciones del activismo feminista por el derecho al aborto en el diseño, la implementación y gestión de las políticas y en cómo a través de información que se provee como contenido de carteles informativos distribuidos en las paredes del centro se pueden establecer las diferencias discursivas de los diferentes espacios que disputan su posicionamiento: la retórica del Estado, la del activismo feminista por el derecho al aborto hasta una síntesis de ambas, con características particulares: la del propio equipo de SSyR. Esto me permite problematizar las influencias y perspectivas de cada espacio así como la posibilidad de legitimación del equipo y del espacio del cual son responsables: la consejería. Finalmente, me pregunto sobre los impactos de estas acciones, prácticas y disputas en las destinatarias de la política y pongo de manifiesto las *redes de supervivencia* que se construyen *ad hoc* para que muchas mujeres puedan llevar a término su aborto. Por último, en las conclusiones, recupero los

principales aportes y hallazgos que nutren este trabajo de tesis. Dejo asentados también algunos desafíos y líneas de discusión para que puedan servir como marco de nuevos nudos de investigación.

CAPÍTULO 1: Condiciones de posibilidad para el acceso a la salud sexual y reproductiva

En el centro de salud sonaba música. En la pantalla de una tele vieja, colgada de un soporte metálico sobre una de las paredes que delimitaban la sala de espera, se podían leer los temas que sonaban, en orden. Una playlist eterna o varias enganchadas, que ponía Roberto diariamente. Era su propia selección de música. Rock clásico de habla inglesa, al mejor estilo de radio Aspen. Phil Collins, Queen, Reo Speedwagon, Rod Stewart. La playlist empezaba a rodar temprano y sonaba hasta el fin del día. Durante ciertas horas, no se escuchaba porque quedaba enmascarada por el murmullo de quienes eran parte de la vida del centro; pero cuando mermaba, impregnaba la rutina para su público. Esa música era parte del día a día, del programa cotidiano de quienes circulaban por el centro y también de quienes trabajaban allí. Era parte del espacio social, un objeto constitutivo que a mí me provocaba sensación de familiaridad. Mucha de esa música escuché y sigo escuchando en mi propia cotidianidad. “Yo solo escucho música en inglés”, me dijo una tarde a fin del día, una chica de unos 30 años, parte de las trabajadoras del centro, mientras baldeaba el piso de la sala de espera con sus guantes amarillos y cantaba Bon Jovi, para terminar su día de trabajo en el centro, y yo, mientras levantaba los pies para que avance con su trapo de piso, cerraba mis notas para terminar el mío. Hoy había participado de tres consultas en la consejería, que podrían haber sido cuatro, pero “ellas, a veces, no vuelven”.

En este capítulo presento al centro de salud de atención primaria donde realicé este trabajo de campo, recupero las dinámicas singulares de las actrices y actores involucradas/os y la trama institucional establecida que permiten comprender las condiciones de posibilidad de la implementación de la política pública de acceso a la salud sexual y reproductiva *en el terreno*. La política es analizada a partir de las transformaciones que tuvieron lugar a lo largo de los años y sus efectos en la configuración del equipo de salud que la lleva adelante.

1. El lugar de la implementación: el centro de salud y sus alrededores

La primera vez que visité el centro de salud, me sorprendió la cantidad de gente que ví en la vereda intentando entrar, pero más me llamó la atención la naturalidad y tranquilidad con la que vivían lo que para mi era caos y amontonamiento. Me recibió un hombre alto y robusto, de piel morena, de unos 50 años, o quizás alguno más. “¿Vos venís del CONICET?²²”, me preguntó. “Ya vienen las doctoras. Tomá asiento por ahí”, me dijo señalando el espacio de la sala de espera que estaba a un paso de donde estábamos. Él era Roberto²³, con quien prácticamente toda persona que asistía o frecuentaba el centro había hablado alguna vez.

El centro de salud estaba ubicado en un barrio del sur que integra una de las 15 unidades administrativas en las que está dividida la CABA. El sistema de salud de la CABA, de acuerdo con la Ley 153/99 que lo rige, está conformado por tres sectores: el estatal (público), el de la seguridad social y el privado. El subsector estatal, cuya función es la de proveer servicios de salud “a toda persona sin excepción” (universal y gratuito), está organizado territorialmente por Áreas Programáticas (AP), que tienen como base organizativa un Hospital de Referencia, que a su vez tiene bajo su órbita Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC). El subsector estatal de salud, se organiza conforme a la estrategia de atención primaria (APS), con la constitución de redes asistenciales y niveles de atención. El primer nivel de atención comprende las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. El segundo nivel, aquellas acciones y servicios de atención ambulatoria

²² Roberto me asoció a esa institución desde el primer día, a pesar de mi no pertenencia allí. Dado que la posibilidad de acceso al centro de salud surgió a partir de una conexión con investigadoras vinculadas con la Red de Investigación Traslacional en Salud de CONICET, esa referencia fue la que le quedó registrada. En una oportunidad traté de aclararle, pero para él, yo era “Andrea de CONICET”.

²³ A fin de guardar el anonimato y preservar la confidencialidad de las personas mencionadas a lo largo de este trabajo, utilizo nombres ficticios.

especializada y las que requieran internación y el tercero, las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica. En el funcionamiento del centro de salud donde realicé esta investigación, así como en los usos y sentidos que le otorgaba la comunidad que lo frecuentaba, se manifestaban los desafíos de la estrategia de APS, política implementada en pos de garantizar el derecho a la salud de manera universal. Durante la década de los noventa, se consolidó en Argentina una tendencia hacia la mercantilización de la salud, expresada a través de la heterogeneidad y discontinuidad en la calidad de distintas prácticas. Por un lado, servicios de alta calidad con costos que sólo pocas/os podían pagar y por el otro, una oferta de servicios, de menor calidad, destinados a sectores populares, quedando bien delimitada la frontera (Weisbrot, 2014). La APS pasó a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios destinados a los llamados grupos vulnerables de la población, transformándose en una herramienta central para los programas de atención de la pobreza²⁴.

Nunca había estado antes en ese barrio, parecía tranquilo, al menos yo nunca lo sentí peligroso, a pesar de que un día durante un almuerzo en el SUM, el director del centro, quien almorzaba diariamente allí con las/os trabajadoras/es del centro, me advirtió: “ojo con cruzar el puente de las vías del tren sola, y menos a la tardecita”. No mencionó las razones, pero sus gestos lo dijeron todo. Aunque no llegué a cruzar el puente más allá de las 5 de la tarde - el centro cerraba a esa hora - siempre estaba atenta a quienes caminaban delante y detrás mío, una costumbre que muchas de las mujeres que andamos solas adquirimos a muy

²⁴ La APS representaba el acceso a un paquete mínimo de intervenciones focalizadas que ocultaba los determinantes sociales, económicos, y culturales y no lograba dar respuesta al desafío que implicaba generar un nuevo modelo de atención intercultural para abordar por ejemplo la cuestión migratoria. Luego de la crisis del año 2001, con el resurgimiento de un modelo de Estado más prominente, el concepto de APS fue reinterpretado sin llegar a reflejarse en políticas transformadoras que apunten, en la práctica, a resultados de equidad en salud. Los grupos en situación de mayor vulnerabilidad terminaron siendo aquellos en los que se presentaban las mayores dificultades en el acceso a recursos e insumos en los distintos efectores públicos del país.

temprana edad por temor a los asaltos y acosos a los que estamos acostumbradas a escuchar y padecer. En las pocas cuadras que transitaba para llegar desde la parada de colectivo de la que me bajaba, advertía algo nuevo cada vez, sobre todo en las dos cuadras una vez atravesado el cruce del ferrocarril, donde el paisaje cambiaba casi completamente entrando a la zona de la villa, donde se ubicaba el centro de salud. Carteles anunciando la venta de algo o algún servicio ofrecido (“Corto el pelo”, “Arreglo heladeras”, “Taller mecánico”, “Hay hielo”), autos abandonados sin cubiertas o de ese color marrón rojizo tan característico del óxido que los cubre cuando quedan expuestos a los vaivenes del clima durante períodos muy prolongados; algún gato o perro paseando o durmiendo tranquilamente; personas sentadas en reposeras o en sillas de comedor o de cocina como quienes se sientan a mirar una película y a comentar con sus vecinas/os la trama; algún rostro pintado sobre la pared en tamaño gigante, casi siempre de varón muy joven, acompañado por un mensaje de despedida y fechas invocando su muerte o desaparición. Las calles aledañas al centro eran de tierra y a las horas que las transitaba, usualmente entre las 9:30 o 10 de la mañana y las 5 como muy tarde los días de semana, estaban muy pobladas, al menos en días templados y de calor. A pesar de que nací y vivo en la CABA, no podía encontrar referencias a mi propia cotidianidad en ese paisaje. Me daba la sensación que la organización social local cobraba relevancia en ese estar del lugar público, hacia el exterior de los hogares, en la calle, quizás un lugar de pertenencia con el que se identificaban, un lugar de intercambio, o de circulación social.

En el centro de salud, la sala de espera era un lugar pequeño al que se accedía directamente una vez atravesada la puerta de entrada. Contaba con 15 asientos, con lo cual, muchas veces, quienes asistían al centro no tenían más opción que quedarse paradas/os y ubicarse donde el espacio les permitiera, frecuentemente obstruyendo la circulación. Se chocaban trabajadoras/es y usuarias/os del centro,

niñas/os, cochecitos²⁵, bolsas de compras. La sala de espera estaba casi todos los días llena. Durante la mañana era cuando más gente circulaba y en ocasiones ya no entraba y tenía que quedarse en la vereda, aguardando para ingresar. Muchas veces se veía otra ola luego de las 3 de la tarde. “Es la gente que sale de trabajar o que ya viene de buscar a los *pibes* del colegio. Esto es infernal...y ahora no es nada...”, me comentó Roberto una tarde en la que me acerqué a su escritorio luego de transcurridos un par de días desde aquel primer día que lo conocí, para ver en qué andaba, y para pedirle que me convide con un mate, infaltable en su escritorio junto a su termo de River²⁶. “¿Y siempre fue así?”, le pregunté. “¡Noo, antes había mucha más gente! Pero había menos médicos. Es que hay muchas mamás con sus nenes”. Desorden, bullicio, gente desorientada, preguntando, esperando, bebés y niñas/os llorando, caminando por la sala de espera o en brazos, madres amamantando, mujeres hablando entre ellas o concentradas en sus teléfonos celulares. Los guardapolvos y las mochilas aparecían por las tardes. Médicas y otras/os trabajadoras/es de la salud circulando, escuchando, dialogando con pacientes, leyendo prescripciones médicas e indicaciones sobre cajas de medicamentos que las/os pacientes llevaban para mostrarles y obtener recomendación. Esta escena de acercamiento e interpelación intempestivos se repetía de manera cotidiana cada vez que alguna persona con aspecto de ser “alguien del centro de salud” aparecía en la sala. Alguien con ambo²⁷, usualmente, aunque a veces no. La institución produce, a través de sus diferentes espacios, los tiempos, las formas y significados de las interacciones y prácticas que se crean y recrean allí. Pero también, estos espacios son producidos por las interacciones de los diversos actores y actrices que intervienen en el proceso de atención, que dicen y escuchan, hacen y observan diferencialmente frente a cada persona (Recoder,

²⁵ Me refiero a la silla que se utiliza para transportar a bebés y niñas/os pequeños.

²⁶ Me refier al Club Atlético River Plate, uno de los clubes de fútbol profesionales más importantes y populares de Argentina.

²⁷ Me refiero a la prenda que consta de chaqueta y pantalón en conjunto, usualmente del mismo color, o solo chaqueta, que suelen ser utilizados por el personal de salud.

2011). Quienes asistían al centro detectaban a las médicas, y las diferenciaban de las administrativas, de las/os enfermeras/os, farmacéuticas/os. En algunos casos, les conocían de visitas previas - en la sala abundaban los besos y abrazos. A todas las llamaban *doctora*, aunque no llevaran una chaqueta que las identificara unívocamente como tal. De alguna forma sabían. El lugar teórico central asignado a los saberes y prácticas médicas tienden a desplazar analíticamente las relaciones y procesos institucionales y la experiencia de las/os pacientes, al subsumir su protagonismo y actividad por la mirada profesional (Visacovsky, 2008).

“Aunque me parece que pasa en todos lados, el tema de la demanda es inacabable, me parece que me falta poner más límite de los que pongo. O sea, como que hay un punto que es difícil encontrar el límite entre... bueno, hasta acá llego porque esta es la demanda que puedo abarcar, esta es la cantidad de gente que puedo atender y el resto bueno. Igual, la falta de límites también tiene que ver con la infraestructura. No es lo mismo en el centro de salud de acá unas cuerdas que se construyó nuevo, que tienen separado. Tienen una puerta y no tienen acceso. Acá vos salís para ir al baño...y te cruzás con la gente... Vos salís, y te llaman “doctor”, venís y “doctor”, y así... Vos fijate donde estabas parada hoy vos (me dice a mí), al lado de Roberto. Ese es el lugar donde nosotros salimos para una cosa o para otra. Vos salís a llamar a un paciente, pero hay 2 sin turno, y te dicen: doctor, doctor... ¿y los pibes? ¿los nenes? Tienen 4 meses y están con fiebre, ¿no los vas a atender? Hay mucho de eso que tiene que ver con el espacio físico que no es menor. Vos entras a este centro de salud que te digo, y vos ves que está la sala de espera, la administración y después hay un coso por el que llamas, con los números y demás y después hay todo un pasillo, pero dividido de todo eso. Vos ni salís. No saben si estás o no”, (Extracto del relato de uno de los pediatras del centro, una tarde en el SUM).

Se percibía que esta constante *puesta del cuerpo* aportaba a la espesura del transcurrir cotidiano en tanto que las/os trabajadoras/es del centro, especialmente las/os médicas/os, se sentían interpeladas/os, y agobiadas/os por la saturación de tareas y las insistencias, pero a su vez, no dejaban de responder.

La numerosa población que asistía al centro marcaba un ritmo diario, definía una escena particular, creaba una comunidad, un cierto repertorio de acciones, y de orden dentro de lo que yo percibía como desorden, construido a fuerza de

cotidianidad dentro de ese *espacio social* poniendo a jugar los recursos y habilidades con las que disponían frente al sistema de funcionamiento del centro, para conseguir lo que necesitaban de lo que estaba en juego en el campo (Bourdieu, 1993). Uno de los recursos que parecían haber desarrollado es el de *saber esperar*. La gente que asistía al centro de salud, en su enorme mayoría mujeres, pasaba horas en la sala de espera, *esperando*. La hilera de tres asientos enfrente a la puerta de entrada era el lugar en el que se ubicaban *las madres* que esperaban para ver al pediatra, para recibir la leche que distribuía el centro gratuitamente y/o para aplicar alguna vacuna a sus hijas/os. Uno de los mediodías de mis visitas, de un día de bastante calor a fines de noviembre, escuché a dos mujeres charlar. Una de ellas era paraguaya. “Se embarazó nomás. Yo le dije te tenés que querer, te tenés que querer más”. Quien hablaba tendría alrededor de 40 años. La otra era más joven. Me resultó difícil calcular la edad. “¿Te hiciste el papanicolao?” le preguntó la que parecía mayor a la que parecía más joven. “Siii”, contestó mientras se le acercó una mujer y la saludó con un beso. “Hola. ¿Qué tal? ¿A quién esperás?” le preguntó. “A la doctora”, responde. “¿A qué doctora?”. “A Cecilia. ¿Vos?”. “Yo a la ginecóloga”, le respondió. “Recién dicen que van a comer. Hay que esperar”, contestó una mujer sentada en la fila de atrás. Siguen las conversaciones. Aparece una médica en la sala de espera y llama: “Vargas”. La mujer que parece mayor pregunta: “¿quién es?”. La que parece más joven responde: “Esa es pediatra”. “Ay, ¿dónde está mi doctora?” se lamenta con un dejo de cansancio. Son las 2 y 10 de la tarde. Otra vez la sala está repleta. Todos los asientos estaban ocupados y cuento 19 personas paradas. La mayor de las mujeres le pregunta a la más joven: “¿no sabemos si va a venir la doctora?”, a lo que la más joven responde: “Ahora le voy a preguntar a Roberto”. Ambas habían atravesado la espera desde la mañana, durante toda la hora del almuerzo, hasta las 3 de la tarde. “Roberto, ¿y la ginecóloga?” grita de una punta a la otra. “Ahora viene”, responde Roberto en un gesto casi automático. Independientemente de por quién se pregunte, casi siempre esa es la respuesta. “Ahora viene”. Una respuesta tan genérica como

frecuente. No hay garantías de atención, una restricción propia de las condiciones del funcionamiento.

Parecían conocerse las rutinas y temporalidades: a la hora del almuerzo del personal del centro - de 1 a 2 - mermaba la cantidad de gente en la sala de espera, que luego de las 2, crecía nuevamente. La hora del almuerzo era un momento de socialización del personal, o de alguna parte de él y se respetaba. Ya pasadas las 2 y 20, apareció una mujer de unos 60 años que parecía ser personal de administración e informó: “la ginecóloga no va a venir porque no llega porque operaron a su hermana en La Plata. Ya salió de allá, pero no llega”. La información transmitida tenía un nivel de detalle personal que me sorprendió. Una mujer se le acercó para seguir averiguando. Estaba esperando a esa doctora y quería saber qué hacer. Escuché sonar “Like a virgin” de Madonna. Miré la pantalla del televisor. Seguía “Oh l’amour” de Erasure. Sonrío. La música venció al murmullo, pensé. A las 4 y 15, había 10 mujeres, 3 varones y 5 niñas/os en la sala, esperando. Entró apurada una mujer joven con 3 nenes chicos. “Vengo por la leche”, le dijo a Roberto con respiración agitada, quien le contestó tras mirar su reloj: “Pero era hasta las 4”. Roberto la atendió igual mientras le hacía bromas a uno de los nenes sobre el cuadro de fútbol estampado en su remera. Roberto simpatizaba con las/os nenas/es pequeñas/os. El tratamiento hacia las *mujeres madres* que venían acompañadas por sus hijas/os solía ser más contemplativo, más empático, por parte del personal del centro y en particular por Roberto, algo que no necesariamente parecía aplicar a todas las mujeres. A las 16:45, la poca gente que quedaba en la sala de espera mostraba cansancio en sus rostros, algunas/os dormitaban. Se notaba el final del día y las secuelas de la espera. Durante mi estancia en el centro, escuché quejas por tener que seguir esperando, porque la farmacéutica no había abierto la farmacia aún y se necesitaba ese medicamento de manera urgente, porque ya se habían acabado los turnos. Sin embargo, no presencié enfrentamientos ni discusiones. A veces, se les veía entrar, dar una mirada, e irse, como quien evalúa la inconveniencia de quedarse, pero en ocasiones, tuve la sensación que se pasaba por el centro como quien

necesita asegurarse de la existencia de ese lugar de cierta familiaridad y pertenencia, conocido y reconocido, con normas laxas, con libertad de circulación del que de alguna manera se forma parte, como para asegurarse que todo está en orden y que entonces se puede seguir el camino a casa o al trabajo.

2. Los intersticios en la organización del centro

Roberto solía pararse delante de su escritorio ubicado a escasos metros de la puerta de ingreso al centro. Su estatura y corpulencia llamaban la atención. El flujo de circulación solía ser hacia él, y luego, aunque solo a veces, hacia el personal que se encontraba dispuesto dentro de un espacio vidriado con dos ventanillas de diferente altura (una para discapacidades motrices, aunque no estaba señalizada para tal fin), de cara a la sala de espera, bajo un cartel formal que leía Admisión. La comunicación entre quienes necesitaban hacer la admisión u obtener información respecto a las prestaciones del centro solo podía ocurrir a través de una abertura pequeña con forma circular en el vidrio de la ventanilla. Ninguna de las 2 ventanillas de Admisión invitaba a acercarse: una tenía una altura de apertura adecuada para una persona parada pero con un mostrador tan ancho que apartaba el cuerpo demasiado para ser escuchada/o, y la otra, era demasiado baja para una persona parada ya que presumo estaba pensada para silla de ruedas, entonces había que agacharse demasiado para dialogar. La poca cantidad de gente que observé consultar por las vías formales de Admisión tornaba evidente que esa no era la vía por la que solía ocurrir la admisión. Su disposición física, la comunicación a través de una pequeña apertura en un vidrio, y la cantidad de carteles pegados que impedían la visibilidad hacia la persona con quien se hablaba presentaban en principio obstáculos que favorecerían que las personas se acercaran directamente a Roberto, que se encontraba en un escritorio abierto, amplio, accesible, porque era claro que la gente acudía a Roberto muy frecuentemente, incluso para la Admisión. Esta dinámica se configuraba además por otras razones. Roberto estaba pendiente de las personas, en general les conocía, les organizaba de diversas maneras y

respondía, aunque a veces solo fuese para repetir que había que esperar y seguir esperando. Daba turnos y sobre turnos, hacía llamadas telefónicas para destrabar situaciones, conocía los horarios de los proveedores de medicamentos, vacunas y leche. Sabía qué médicas estaban trabajando ese día, y cuáles no. Aunque su puesto de trabajo era formalmente el de *Seguridad*, en la práctica lo trascendía. “Y vos, ¿a qué hora llegás acá?”, le pregunté, una de las tantas mañanas en las que solíamos charlar un rato. “A las 6. Yo abro el centro de salud”, me responde. “Pero, ¿llega gente ya a esa hora?”, le pregunto. “No, la gente llega a las 7, para sacarse sangre o pedir turnos. Hoy abrí 7 menos 10, porque ya había cola. Pero yo llego temprano porque tengo que ordenar la planilla y los turnos”, me contesta. “¿Y la gente de Admisión?” le pregunto. “La gente de Admisión llega 8:30, cuando la extraccionista ya se fue”. Roberto era quien mantenía en muy buena parte el funcionamiento del centro. Además, administraba el acceso de las/os usuarias/os al personal del centro y sobre todo a las médicas - o mejor dicho, a algunas médicas - cuando la demanda crecía. Tenía sus preferidas, manejaba su discrecionalidad. “Están almorzando, vuelvan más tarde”, solía decir. “Yo no hago pasar a nadie. La gente tiene que comer. ¿¡Sino?! No puede ser. Hay que educarlos”, me dijo indignado. “Te dicen que tienen turno pero no tienen”, me dice. “¿Te mienten?”, le pregunté. “Siii, claro que te mienten”. Roberto tenía un rol central en gestionar y ordenar las posibilidades humanas y sus tiempos, en un lugar donde los recursos eran escasos. Actuaba de *buffer*²⁸ para adecuar la demanda a la posibilidad, al contexto, a los desajustes. Su rol se puede pensar como aquel que la política pública no predijo, el que no está identificado como una pieza en el engranaje. Una estrategia *ad hoc* que surge en el contexto. Es el rol al cual apelar en esa incertidumbre.

Roberto también estaba atento a mis movimientos y a mis preguntas. “Hola Andrea. Mirá que no está la doctora. Las doctoras se fueron. ¿Le dicen a Julia

²⁸ Me refiero al uso de *buffer* en la Biología como solución amortiguadora o reguladora (que resisten los cambios drásticos de pH al agregar cantidades de ácido y base) de un sistema. El buffer es necesario ya que muchos organismos vivos soportan muy mal las variaciones de acidez o alcalinidad, y requieren de esta regulación.

que está Andrea de CONICET?”, dijo casi gritando a alguien del área de Administración, ni bien me vio atravesar la puerta un día que llegué más temprano de la cuenta. Al principio Roberto no tenía mucha confianza conmigo, situación que cambió muy rápidamente. A los 3 días de circular por el centro y luego de algunos mates, entramos en confianza. Él sabía que yo estaba ahí porque mantenía un vínculo con el equipo de salud sexual y reproductiva del centro y con Daniela, una de las médicas generalistas referentes del equipo. Lo supo desde el primer día que me recibió. “Con Roberto está todo bien. Él sabe que vos estás con nosotras, así que con vos va a estar todo bien”, me dijo Daniela. Con este comentario quedaba claro que con algunas personas no estaba “todo bien”. Esa cercanía a Daniela, con quien Roberto simpatizaba, junto a la asociación con CONICET, hicieron que estuviese atento a mi y a lo que necesitara al tiempo que mi presencia le generaba mucha curiosidad.

Cuando Daniela hablaba de *nosotras*, se refería a las integrantes del equipo de SSyR del centro de salud donde desarrollé el trabajo de campo, que estaba integrado por nueve profesionales de la salud de distintas disciplinas: cinco médicas generalistas, dos psicólogas y dos trabajadoras sociales, aunque frecuentemente contaban con residentes²⁹ que rotaban. Fui conociendo al equipo, compuesto íntegramente por mujeres, de a partes y con el caminar del tiempo. Daniela era una de las cinco médicas generalistas que formaba parte y mi inicial contacto quien facilitó mi ingreso al campo permitiendo gran parte del desarrollo de este trabajo de investigación. El equipo de SSyR era quien estaba a cargo de la consejería en salud sexual y reproductiva (también llamada consejería pre y pos aborto) que funcionaba en el centro de salud. La consejería no tenía un espacio físico propio, pero sí de ella se esperaba una función: la de proveer asesoramiento a las personas para que puedan tomar decisiones

²⁹ En Argentina, el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud regula y garantiza la actividad de las/os residentes médicas/os nacionales a través de la Ley N° 22.127. Las residencias constituyen un requisito esencial para toda/o profesional de salud que aspira a obtener un título habilitante de especialista en alguna rama de la medicina.

autónomas e informadas sobre su sexualidad y reproducción, y esto incluía acceso a MAC y a la ILE. “¿Y cómo saben cuándo hay alguien para una ILE? ¿Quién las recibe cuando llegan?”, le pregunté a Julia una de las dos psicólogas del centro una mañana. Julia intentó explicarme el circuito, pero no parece haber uno definido. “Las pibas llegan al centro de salud y se acercan a Roberto o a la ventanilla de Admisión, cualquiera de los 2. Si es vía Roberto, él nos avisa y entonces las ponemos en la agenda”, me dice. “¿Y si es vía Admisión? ¿Les avisan también?”, le pregunto. “Eso espero”, me contesta. La falta de espacio propio hablaba, en cierto modo, de este *limbo* en el que funcionaba la consejería, ese espacio garante de un derecho poco conocido y asociado con la ilegalidad y donde se cuestiona el “merecimiento” de un espacio propio (Pantaleón, 2005). Sin un lugar propio habilitado e identificable, se profundizaba su asociación con la invisibilización de sus prácticas. ¿Qué lugar ocupaba en el centro y cuál para quienes venían *de afuera*? Además del equipo de SSyR, en el centro había alrededor de ochenta trabajadoras/es, que cubrían las áreas de clínica, kinesiología, nutrición, salud mental, enfermería, y personal administrativo, entre otras. El rubro *medicina general*, rama de la medicina a la cual las médicas del equipo pertenecían, no figuraba en la cartelera. Solo figuraba el de *medicina clínica*, término que no reemplaza a la medicina general en su función, dando cuenta de una invisibilización institucional respecto a su existencia. Esta falta del nombre propio también infería la forma de ocupar el espacio y la inserción institucional.

El equipo de SSyR del centro era quien, desde el primer nivel de atención médica, estaba a cargo de administrar las acciones y recursos necesarios para la implementación de la política pública *en el territorio*, cuyo objetivo era el de garantizar el acceso a la ILE, así como a MAC de manera gratuita e informada a toda la población que lo requiera. ¿Cuál es el contexto más amplio que contiene a la política de salud sexual y reproductiva en el territorio? ¿Qué características presenta?

3. Transformaciones en la política de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires

Retomaré aquí parte de lo trabajado en la introducción a fin de mostrar el impacto que las transformaciones en las concepciones de salud y de salud sexual y reproductiva han tenido en el devenir del equipo. Asimismo, mencionaré algunas de las acciones que tuvieron lugar en la CABA para dar cuenta del contexto restrictivo por el que tuvieron que atravesar las instituciones públicas de salud en términos de garantizar las ILE. En el año 2016 se conforma en el Ministerio de Salud de la CABA la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, que integra las acciones de dos programas ya existentes: las del Programa de Salud Sexual y Reproductiva³⁰ y las de la Coordinación Sida. El principal objetivo del Programa fue el de facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y su salud reproductiva, que se tradujo principalmente en brindar información y asesoramiento profesional para la elección y provisión de un MAC adecuado (Pistani, 2016). El Programa cuenta con una canasta de 14 insumos, que incluye MAC hormonales combinados, anticonceptivos hormonales de emergencia, anticonceptivos reversibles de larga duración y tests de embarazo. Asimismo, como parte del acceso a la anticoncepción, se realizan ligaduras tubarias y vasectomías en algunos de los establecimientos pertenecientes al subsistema público de salud. Con el surgimiento de la Coordinación, se comenzó a poner énfasis en el acceso a la ILE, a las consejerías en salud sexual y reproductiva, y a la anticoncepción inmediata pos evento obstétrico (AIPE). Me referiré en este apartado a las dos primeras y dedicaré a AIPE un apartado especial al final del capítulo.

³⁰ El Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSYR) de la Ciudad depende del Ministerio de Salud de la Nación. Fue fundado en el año 1987 como Programa de Procreación Responsable por el Departamento de Salud Familiar de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. No dispone de presupuesto propio; se provee de insumos de los presupuestos del PNSSyPR del Ministerio de Salud de la Nación y a través de compras propias realizadas por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

3.1. Interrupción legal del embarazo

Me resulta necesario volver unos años atrás en la historia, para comprender el contexto y el marco legal en el que se desarrolla la implementación de la política de acceso a la ILE en la CABA. Al momento de dictarse el fallo “F., A. L.” (2012)³¹, en la CABA, se encontraba vigente la Resolución 1174/2007, a través de la cual se había aprobado un protocolo restrictivo para acceder a interrupciones legales del embarazo. Luego del fallo de la Corte, se pusieron en marcha dos procesos en paralelo para la sanción de un nuevo protocolo: un proceso ministerial, que resultó en el dictado de la Resolución 1252/2012; y otro legislativo, en el marco de la Comisión de Salud de la Legislatura porteña³². El Ministerio de Salud de la Ciudad firma la Resolución N° 1252/2012, con la sanción de un nuevo protocolo, el cual contemplaba las causales (salud, vida y violación) pero incluía aspectos restrictivos de acceso a la práctica como la intervención obligatoria de un equipo interdisciplinario, un límite de la edad gestacional de 12 semanas para los casos de violación, permitía a las/os profesionales de salud declararse objetores de conciencia en cualquier oportunidad, regulaba de manera confusa los requisitos para acceder al aborto no punible en el supuesto de la causal salud, exigiendo que el peligro para la vida o la salud sea “grave”, término que puede ser interpretado de múltiples maneras, pese a que este requisito no surge del art. 86 del Código Penal Argentino (Pistani, 2016). Ese mismo año, la legislatura de la CABA presentó una acción de amparo y el dictado de una medida cautelar para dejar sin efecto algunos de los artículos que incluían los aspectos más restrictivos, la cual se hizo lugar y suspendieron varios de esos artículos. Sin embargo, la medida fue apelada por el Gobierno de la Ciudad y quedó pendiente de resolución ante la Cámara de Apelaciones.

³¹ Ver Introducción.

³² La Comisión de Salud de la Legislatura porteña sancionó la Ley 4.318 que establecía un procedimiento para la atención de los abortos no punibles (denominación anterior que se les daba a la ILE) que se correspondía con el fallo de la Corte Suprema, sin embargo, el Jefe de Gobierno de la Ciudad la vetó.

En ese contexto, las/os profesionales de la salud debían adecuar su práctica conforme las pautas establecidas en la medida cautelar dictada. Con el paso del tiempo y la inserción de profesionales de salud organizadas/os (me enfocaré en el impacto de esta acción en el capítulo 3), se desarrolló una política pública que en un principio permitió a lo largo de los años mejorar el cumplimiento del derecho a ILE³³. En un estudio sobre la evolución del funcionamiento de las consejerías en SSyR, que se extiende del año 2007 al 2017, Fernández Vázquez (2017) describe que comenzaron como una práctica no reglada que realizaban algunas/os profesionales de la salud de forma aislada, y dieron lugar a lo que denomina *políticas difusas*, es decir, aquellas que se caracterizan por un nivel reducido de institucionalización, otorgándole un rol protagónico a los efectores de salud que con su accionar contribuyeron cotidianamente a la construcción de las políticas públicas *desde abajo*.

Al momento de elaborar el presente trabajo de investigación, la ILE se realizaba en el primer nivel de atención conformado por los centros de salud así como en el segundo nivel de atención, es decir, los hospitales. En el primer nivel de atención, la práctica se realizaba de manera ambulatoria y hasta las 12,6 semanas de gestación, tal como lo recomiendan las guías de trabajo y de procedimiento producidas por el Ministerio de Salud de la Nación (2015) y la OMS (OMS, 2014b). En el segundo nivel, se atendían los casos de embarazo con gestaciones mayores a las 12,6 semanas, aunque se brindaba también, en menor medida, respuesta a gestaciones de menos de 12,6 semanas. Las situaciones de ILE que recibían los hospitales eran usualmente derivadas desde el primer nivel de atención y la interrupción se realizaba durante la internación (Pistani, 2016). Se utilizaba como tratamiento tanto el farmacológico (con

³³ Recién en febrero 2020, y por presión del activismo feminista, específicamente de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito de la regional CABA que presentó el proyecto para la adhesión al protocolo ILE, y en julio, la Legislatura porteña aprobó la adhesión de la Ciudad de Buenos Aires al protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE) versión 2019, con 50 votos a favor, 7 en contra y 3 abstenciones.

misoprostol³⁴), como métodos quirúrgicos, incluyendo el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE) según la situación, y la capacitación y experiencia de los equipos intervinientes. En el centro de salud donde realicé esta investigación, el método utilizado era el tratamiento con misoprostol oral o vaginal y se indicaba como tratamiento ambulatorio.

3.2. Consejerías en salud sexual y reproductiva

Mi primera visita al centro fue un jueves, día en el que la mayor cantidad de integrantes del equipo de salud sexual y reproductiva coincidía ya que no todas trabajaban allí todos los días de la semana. Ese mismo día, me zambullí en la consejería en salud sexual y reproductiva que funcionaba dentro del centro. “Hoy tenemos tres casos citados”, me dijo Daniela contenta, sentimiento que compartí ansiosa. Las integrantes del equipo no hablaban de *consejerías* en la cotidianidad, sino que hablaban del *equipo*. La consejería era un concepto más bien utilizado por los documentos y guías que definían la política. Ya la palabra “consejería” me resonaba, tiende a asociarse con “dar consejos”, “vas y te aconsejan”. ¿Cómo puede tratarse entonces de un diálogo horizontal, simétrico?

³⁴ El misoprostol, análogo sintético de la prostaglandina E1, fue inicialmente comercializado para la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas. Organismos internacionales y sociedades médicas, como la OMS, la OPS y FLASOG, aprobaron y recomiendan su uso en el ámbito gineco-obstétrico, para la inducción del parto, facilitar la extracción de restos embrionarios y para la interrupción temprana del embarazo. Hoy (y hasta abril 2022) es la medicación que se utiliza en Argentina para abortar. El misoprostol no tiene propiedades abortivas, sino que produce contracciones en el útero que provocan la expulsión del contenido uterino: el saco gestacional y tejido que lo rodea. Este medicamento no suele comercializarse en farmacias sin receta médica. Si bien el uso del misoprostol es un método seguro para abortar, no es totalmente eficaz, y tiene un porcentaje de falla. Hasta las 12 semanas de gestación, la eficacia es entre 85% y 90%. La mifepristona, en cambio, es un antiprogéstágeno que inhibe la acción de la progesterona y, en consecuencia, impide la continuación del embarazo. La OMS recomienda el uso de este fármaco en combinación con misoprostol (efecto abortivo + efecto expulsivo). En la mayoría de los países de América Latina, incluyendo a Argentina, no es posible acceder legalmente a la mifepristona.

Las consejerías en salud sexual y reproductiva³⁵ fueron definidas por el PNSSyPR como “una estrategia central de promoción y prevención respecto de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y de género, en un sentido amplio; un dispositivo que promueva la autonomía y el pensamiento crítico, donde se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud y cuyo objetivo principal posibilite el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de las usuarias y usuarios, modificando las estructuras de poder existentes en los sistemas de salud respecto de la población”. Esta definición se encuentra en el documento de trabajo “Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación” (Ministerio de Salud de la Nación, 2007), elaborado en el año 2007 por el PNSSyPR del Ministerio de Salud de la Nación. Esta y las subsiguientes actualizaciones del documento³⁶ se elaboraron principalmente para promover en los equipos de salud la instalación del dispositivos de las Consejerías como una oportunidad para que el Estado, en sus diferentes instancias, garantice los derechos sexuales y reproductivos de la población en el marco de un espacio integral y adecuado “a la realidad”. Según los lineamientos del documento, la consejería se constituye en un espacio de diálogo, participación y confianza, buscando fijar en conjunto entre la/el consejera/o y la/el usuaria/o las metas adecuadas y “libremente asumidas” por las personas y un posible plan de seguimiento y apoyo. Para cumplir con estas metas, el Programa redobló el esfuerzo en la difusión y capacitación en tecnologías anticonceptivas, marco legal y normativo desde una perspectiva de

³⁵ Las consejerías en salud sexual y reproductiva se enmarcan en los principios que gobiernan las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes, contenidos en la Ley Nacional 26.529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.). En particular, en el principio de autonomía de la/del paciente, en el derecho a recibir información confiable con respecto a su salud y sobre todo, en el principio de confidencialidad de las/os profesionales de la salud y “se guarde la debida reserva”.

³⁶ Este documento cuenta con 4 actualizaciones: 2007, 2010, 2015 y 2018.

género y derechos a las/os distintas/os actrices/actores del sistema de salud y en políticas para que la población conozca estos derechos y demande su cumplimiento. Desde el planeamiento estatal, se buscó enfatizar la formación en el proceso de comunicación interpersonal, y promover el trabajo en equipo y la comunicación en el grupo de trabajo. Analizar en forma contextualizada las problemáticas socio-culturales (formas de prejuicio y discriminación, violencia, sexismo, falta de oportunidades sociales, educacionales, de información, etc.) que afectan el derecho a la SSyR, reconocer y manejar los propios prejuicios, temores, angustias y stress ante situaciones de crisis y desarrollar disposiciones para actuar reflexivamente, evaluando la propia intervención y la de la consejería. Ante estos lineamientos de máxima, de exigencia significativa para los equipos de salud, encargados de implementar la política en el territorio, cabe preguntarse varias cuestiones. ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad de la política pública de atención de la ILE y de acceso a anticoncepción inmediata en el marco de la consejería en SSyR en el contexto del centro? ¿Cómo y dónde se obtienen suficientes herramientas para llevarla adelante exitosamente? ¿Cómo se mide el éxito de la política? ¿Con menos embarazos y/o menos abortos?

En los lineamientos del documento, se destaca la consejería como un espacio de diálogo, confianza y participación en las relaciones mediadas por el lenguaje. Noté en muchas de las entrevistas que presencié, una carencia palpable en la fluidez de la narrativa. Contadas veces el diálogo ocurría con ritmo y la información circulaba. En la mayoría de los casos, era a fuerza de preguntar y volver a hacerlo que se obtenía información. Los lineamientos además impulsaban a que las instituciones cuenten con materiales impresos (folletos, cartillas, materiales, etc.) a ser difundidos a las/os usuarias/os que accedían a los servicios como forma de diseminar información. Pero esto no terminaba cumpliéndose. El equipo de SSyR tuvo que diseñar su propio folleto para que se conociera la existencia de la consejería. El material dispuesto en forma de carteles colgados en la sala de espera que provenía de fuentes estatales utilizaba un lenguaje mayormente legalista, que poco invitaba a leer aquello que se quería

comunicar (volveré al análisis de este recurso en el capítulo 3). Durante mi estancia en el centro de salud se volvió evidente que, a pesar de promover la idea y el dispositivo, no se lograba instalar la noción o entendimiento de que existe un poder que se puede ejercer y derechos que se pueden exigir en relación a la propia salud sexual y reproductiva. No había demandas, ni cuestionamientos ni se generaba el espacio para hablar sobre sexualidad.

3.3. Anticoncepción inmediata pos evento obstétrico

En el trascurso de esta investigación, la anticoncepción inmediata pos evento obstétrico, que era una acción de política pública que en principio no consideré explorar en el dispositivo de la consejería por desconocer su existencia, se impuso como una estrategia que se utilizaba en las visitas de control una vez realizada una ILE. Esta acción, poco explorada en el campo de la salud sexual y reproductiva, me resultó novedosa al comprender que tenía la función de proveer de cierta aceptación moral de la ILE si se concluía en la adopción de un método de larga duración que permitiera evitar futuros embarazos por un tiempo prolongado, y encontré allí una dimensión que analizaré en el punto 5 de este capítulo, así como en el capítulo 2.

4. “Algunas cosas cambiaron con el tiempo”. La historia del equipo en el centro

En aquella primera visita, el equipo me cuenta que la primera iniciativa que tomó el centro de salud en dirección hacia lo que es hoy el espacio de consejerías en salud sexual y reproductiva fue a través de la implementación, en el año 2011, de lo que se conoce como *Consejerías en reducción de riesgos y daños*³⁷. Recién

³⁷ Las consejerías en reducción de riesgos y daños (RRyD) surgieron en Argentina en el año 2004 como estrategia de contención para las complicaciones de los abortos realizados en condiciones de inseguridad que constituyen riesgos para la salud de las mujeres. El modelo fue introducido en el 2001 como política pública en Uruguay, a través de un equipo médico del Hospital Pereyra Rossell, Montevideo, cuya maternidad era la más importante del país. Este equipo realizó un estudio sobre la situación del aborto provocado e identificó que éste era la primera causa de muerte de las personas

en el año 2016, el centro convocó a su primera médica generalista, y activó la implementación de *Consejerías integrales en salud sexual y reproductiva*. Sin embargo, no fue hasta diciembre de ese mismo año que el centro recibió *medicación* y se realizó la primera ILE. Quien me cuenta es Julia, una de las dos psicólogas del equipo, quien fue la primera integrante del actual equipo en sumarse al centro allá por el año 2014. Con *medicación* Julia se refiere al misoprostol, el fármaco utilizado para interrumpir embarazos. También me cuenta que al lado del centro, como iniciativa de la Dirección de Políticas de Juventud, que dependía de la vicejefatura de gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (en el 2014 a cargo de María Eugenia Vidal) se instaló una consejería llamada *Chau Tabú*, que contaba con una página web y redes sociales propias, para difundir información sobre salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazo, MAC y embarazo entre adolescentes y jóvenes desde los 16 años³⁸. “No hacían ILE, pero entregaban anticonceptivos y era mucho más accesible obtener métodos ahí que acá. Muchísima gente iba ahí hasta que la

gestantes. Así, comienzan a dar los primeros pasos para la introducción de la "Estrategia Sanitaria de Reducción de Daños" y a fomentar el debate sobre el aborto como un problema de salud pública entre los/las profesionales de la medicina (Briozzo, 2002). En aquel momento, la estrategia de RRYD estaba recomendada para países con legalidad restrictiva en relación al aborto. La experiencia uruguaya tuvo una importante influencia en la etapa inicial de las consejerías en Argentina, que comenzó en el Hospital Argerich, CABA. Si bien desde el año 2007 el Programa de SSyR de CABA impulsó y apoyó las consejerías de RRYD, fue en el 2014 que se comenzó a instalar una política pública sobre el acceso a las ILE, con la compra y distribución de misoprostol en el primer nivel de atención.

³⁸ La página web “Chau Tabú. Salud sexual y reproductiva” (www.buenosaires.gob.ar/chautabu) ofrecía una comparación de MAC para ayudar a las/os adolescentes a elegir el más indicado para su situación. Además, disponía de un consultorio online, en el que un grupo de profesionales y especialistas respondían dudas de manera anónima y confidencial y de una sección de “Sexo y Salud sin tabú” con distintas propuestas temáticas referidas a sexualidades. Presentaba además un mapa interactivo (exclusivo de la CABA) para encontrar centros de salud estatales donde había entrega de MAC de manera gratuita y consultas con profesionales de la salud y lugares de realización del test de VIH y de embarazo. El sitio fue una iniciativa de la Dirección de Políticas de Juventud, que dependía de la vicejefatura de gobierno y contaba con el apoyo de la Fundación Huésped, La Fundación Lactancia y Maternidad (Fundalam), la Federación Argentina de Lesbianas, Gays y Transexuales (Falgbt) y la Fundación Asistencial Materno-Infantil de Ayuda a Niños Carentes y Discapacitados (Fundamind).

cerraron. Estaba acá al lado”, me cuentan. “Antes iba a las consejerías de ahí al lado. Era fácil, entrabas y salías rápido. Ahora que la cerraron es un lío, no me dan los horarios para venir acá”, dice Lucía en una consulta, refiriéndose a las consejerías *Chau Tabú*. Julia sabía que tenía razón y que los horarios del centro de salud limitaban la posibilidad de acceso de muchas personas que trabajaban o estudiaban. Los horarios del centro eran acotados y los del equipo, aún más. Para el 2017, el centro contrató más médicas generalistas a su plantel (las médicas son las únicas que mediante su firma pueden recetar medicación para interrumpir embarazos y órdenes para que se realicen ecografías) y “empezamos a tener más diálogo, más fuerza” me cuentan entusiasmadas, casi al unísono.

“La gente no está acostumbrada a la medicina general. La anticoncepción de emergencia por ejemplo, ahora la entrega *Administración*, ya no la entrega una médica, ¿para qué? Se decidió que no era necesario”³⁹. El cambio al que se refiere Jimena, trabajadora social del equipo, fue institucional e implicó varias reuniones con el área de Farmacia, Enfermería y de Administración para concretarlo. La “Guía práctica para profesionales de la salud. Métodos Anticonceptivos”⁴⁰ (Ministerio de Salud de la Nación, 2014), un documento elaborado por el PNSSyPR destinado a los equipos de salud que realizan consejerías en SSyR, informa que hay evidencia en trabajos realizados en

³⁹ La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es de uso generalizado frente a relaciones sexuales no protegidas o cuando fallaron los mecanismos de protección utilizados. También es de uso imprescindible frente a casos de violencia sexual. Sin embargo, algunos sectores conservadores le han adjudicado un supuesto carácter abortivo y, sobre tal base, han intentado obstaculizar su producción y entrega, principalmente en el sistema público de salud. Es por esto que en muchos centros de salud su suministro era restrictivo y se requería de la firma de profesionales de las ciencias médicas para entregarla. La OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, entre otras instituciones, descartan el carácter abortivo del método e impulsan su uso. Ver: Emergency contraception: a guide for service delivery, WHO/FRH/FPP/98.19, 1998.

⁴⁰ La guía cuenta con información actualizada, validada científicamente y de uso práctico sobre MAC. Esta guía hace énfasis en los “Criterios de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud” como parámetro para establecer el anticonceptivo más apropiado para cada usuaria según su situación de salud (Agosto, 2014) <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento49.pdf>.

distintos países, tanto en población adulta como en adolescentes, que demuestran que facilitar el uso de AHE no altera la conducta sexual ni las prácticas de cuidado de las personas (Belzer et al., 2005; Meyer et al., 2010). Sin embargo, frente al uso reiterado de la AHE, en la misma guía se advierte que, aunque puede tomarse las veces que sea necesaria, es importante brindar información a las personas sobre la no conveniencia de adoptarla como método habitual y que el uso frecuente puede ocasionar irregularidades del ciclo menstrual, que aunque no tienen valor patológico, pueden ser molestas para la vida cotidiana de la mujer y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos. En la recomendación realizada en la guía estatal se manifiesta la intención, el mensaje a transmitir en las consultas, el control subyacente: un poco sí, pero tanto no. Que no se promueva el sobre-uso del recurso, que no se tome como costumbre y entonces “no se cuiden”. Un despliegue de moralidad con el propósito de moldear comportamientos y estilos de vida (Noel, 2014) acerca de la reproducción. Una regulación enmarcada en concepciones morales. En la tensión entre facilitar el acceso a la AHE que les llevó su tiempo conseguir para que se pueda retirar en el área de Administración y la posibilidad e incluso el riesgo de su sobreutilización, no recomendada por la política, hay una clave para entender una suerte de disputa moral en la que la reproducción de seres humanos está enmarcada.

El equipo comenzó a encuadrar los *embarazos no intencionales*⁴¹ en la *causal salud* como excepción para poder garantizar abortos en la legalidad.

“Desde hace ya dos años⁴², nosotras venimos considerando a la salud como *salud integral*, aplicamos *la causal* y los números de ILE aumentaron exponencialmente. Siempre hasta las 12.6 semanas, que es hasta donde nosotras hacemos ILE acá. De 12,7 para arriba, derivamos al segundo nivel, que a veces resulta un poco complicado”.

⁴¹ Utilizaré el término *embarazo no intencional*, no porque me parezca más adecuado que otros ni porque lo haya escuchado de boca de la población usuaria del centro, sino porque es aquel que utilizan los documentos donde se encuentran operativizados los lineamientos de las políticas públicas relacionadas con cuestiones de salud sexual y reproductiva.

⁴² Eso nos lleva a algún punto entre los años 2016 y 2017.

Dadas las características que tiene la interpretación de dicha causal, los abortos que no se garantizaban en embarazos producto de violación (esas se enmarcaban en *causal violación*), se justificaban en toda situación en la que el embarazo afectara alguna dimensión de la salud de quien lo requiriese, en el concepto más amplio e integral del término salud, definido por la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (detallado en la Introducción). "El debate sobre el cambio de visión de *salud* a *salud integral* y de *consejería de riesgos y daños* a *ILE* se dio a nivel de todos los centros de salud de CABA", me contaba Julia entusiasmada por haber vivido parte de ese cambio. Julia era una apasionada activista feminista, *en lucha* constante por los derechos de las mujeres. Con esto quiero decir, dispuesta para enunciar su posición, con su activismo a flor de piel, incluso en su estética - pañuelo verde, vestimenta colorida con tonos verdes y violetas, piercing. Julia se entusiasmaba más al relatar estos cambios a lo largo de la historia de lucha que al hablar sobre *las ILE* que asistían a la consejería o sobre el funcionamiento del equipo.

El Protocolo ILE utiliza el concepto integral de salud de acuerdo a lo establecido por la OMS y enuncia que "basta con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto" (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Pero quién o quiénes y cómo esto se determina implica un trabajo a desarrollar ya que el protocolo es un *documento guía* hacia quienes cumplen el rol de garantizar la salud sexual y reproductiva, pero lo que allí está escrito, no es letra de ley sino que abre múltiples posibilidades y estrategias de acción, que no siempre despliegan precisiones, o lineamientos específicos (Fernández Vázquez, 2017). Los encuadres debían construirse y ajustarse al interior del equipo, alimentados por las capacitaciones que ofrecía el *Programa*, los intercambios con otros centros de salud sobre las experiencias situadas, y las reuniones del propio equipo. Si bien no participé de primera mano en estas instancias, tuve acceso a las notas de varias de ellas pudiendo dar cuenta de algunos temas de discusión

que preocupaban al equipo, así como las cuestiones más operativas del funcionamiento del dispositivo (volveré a esto en el capítulo 3).

4.1. ILE si – ILE no. Nosotras y ellas: el “equipo de salud sexual y reproductiva” y “las ginecólogas”

Cuando me reuní con el equipo por primera vez, inmediatamente después de contarme cómo estaba compuesto, Daniela disparó:

“También hay 2 ginecólogas en el centro, que son objetoras, pero sin haberlo firmado. Ellas no participan de las consejerías, pero entregan métodos, y nos derivan ILEs. Fue un logro de este año (2019) que nos empezaran a derivar ILEs, antes no lo hacían. Es que pensamos muy distinto sobre la atención en salud, tenemos posiciones distintas”.

Estas diferencias en los posicionamientos se marcaron con frecuencia durante el período que estuve trabajando con el equipo. Cuando surgía la oportunidad, me marcaban enfáticamente que había dos grupos con diferentes modos de pensar la salud sexual y reproductiva y la atención: *ellas* y *las ginecólogas*. “Este centro de salud es particular porque ginecología está escindida de la temática de ILE”, me comentó Ana una de las dos psicólogas con las que contaba el equipo.

“Son muy pocas las ginecólogas que garantizan ILE, pero porque en realidad lo que cambió fue por las médicas generalistas. No fue por ellas. Porque si fuera por las ginecólogas, están muy..., hay muchas que son objetoras. Digamos como que en realidad, ese derecho no se garantizó desde la ginecología, no se pudo. Se garantizó desde la medicina general, desde ya. Y por eso se tomó, porque fue algo tan contra hegemónico que por ahí con todo lo contra hegemónico se necesitó como mucha cuestión así militante, porque sino cómo hacés para romper contra un modelo que lo tomaban sólo las ginecólogas, que nos odian en todos lados”. (Extracto de una reflexión de Daniela mientras tomábamos mate, preocupada por las tensiones frecuentes que se generaban entre ambos espacios).

El *ser objetoras* implicaba adherir a la objeción de conciencia, es decir, a la negativa a respetar leyes, realizar actos o servicios invocando motivos éticos, morales o religiosos, un derecho subjetivo a resistir los mandatos de la autoridad cuando contradicen las convicciones íntimas de una persona, ya sean morales o religiosas, que la habilita a abstenerse de realizar determinados actos que tiene

profunda justificación en los tratados internacionales de derechos humanos⁴³. En el caso de las ginecólogas del centro, esta objeción no estaba explicitada, ni registrada ni firmada en ningún lado y eso indignaba al equipo.

Durante mucho tiempo no hicieron derivaciones de ILE y lidiar con ellas ocupó numerosas discusiones en reuniones de equipo; convocarlas a reuniones para conversar sobre trabajar conjuntamente fue tema de agenda hasta que se lograron algunos acuerdos con la intervención de Marcos, el director del centro. Daniela describía “tensión entre las disciplinas”, refiriéndose al campo de la medicina general o familiar y a la especialización en ginecología, “pero no en el trato”, me aclaró, describiéndolo siempre como amable. No entrevisté a las ginecólogas ni presencié sus consultas. Quise hacerlo, pero requería la mediación del director del centro que finalmente no terminó ocurriendo. Noté un cuidado especial para con ellas, una sensibilidad con el asunto. Las mediaciones entre el equipo y las ginecólogas parecían estar siempre arbitradas por el director, y en parte por Daniela. La información a la que accedí fue a través de los relatos del equipo y a través de Roberto. Coincidí con ellas brevemente durante dos o tres almuerzos en el SUM. Una de ellas hablaba muy poco, y asentía con casi todo lo que se decía en las agitadas conversaciones de sobremesa. Me preguntaba hasta dónde el resto de quienes trabajaban en el centro conocerían las disputas entre el equipo y las ginecólogas, y cuánto ésto servía para mantener

⁴³ La objeción de conciencia de profesionales sanitarios ha sido recepcionada legalmente a nivel nacional en el artículo 6° de la ley 26.130. <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6627>. Diversas normas referentes a salud sexual y reproductiva provinciales han previsto la objeción de conciencia en sus enunciados. En un fallo referente al aborto no punible (fallo “F., A.L. s/medida autosatisfactiva”), la Corte Suprema de Justicia de la Nación exhorta a las autoridades nacionales y provinciales a generar las soluciones normativas que garanticen un sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia con las siguientes características: 1) Que ello no se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente de la prestación; 2) que la objeción sea manifestada al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente (o en el momento de la implementación del protocolo) de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a quienes lo requieran.

este ambiente en apariencia amigable. Las conversaciones solían ser distendidas, aunque a veces las bromas generaban intercambios acalorados. Circulaba un espíritu cordial, pero en ocasiones con dejos de tensión, que solían disiparse por el rebote de temáticas que se daban de manera simultánea, facilitado también porque el grupo que almorzaba allí era numeroso.

Las ginecólogas no eran parte del dispositivo de la consejería y eso no parecía tener consecuencias visibles negativas para ellas, incluso cuando su objeción de conciencia no quedara explicitada. En un contexto de legalidad restringida, donde no se puede apelar a interrumpir voluntariamente un embarazo sino que debe ser enmarcado en alguna de las *causales* habilitantes de la legalidad, surgía en la temática de aborto, un repertorio de zonas grises, contradicciones y *permitidos*. En palabras de Boltanski (2004), “el aborto como componente del mundo social que aparece como si existiera una especie de acuerdo tácito que nos indujera a cerrar los ojos en todo cuanto le atañe. Está acompañado por una gran tolerancia respecto de su práctica por parte de quienes lo reprueban, es condenado pero es tolerado. Si se lo tolera es también porque las personas, pese a conocer bien lo que sucede, pueden optar por cerrar los ojos para hacer como si se ignorara el hecho”. Pueden, porque les dejan. El director del centro permitía que las ginecólogas no garantizaran abortos.

A los pocos días de haber iniciado mi trabajo de campo en el centro de salud, me enteré que Victoria, la única médica generalista del equipo de SSyR con conocimientos técnicos en ginecología (había hecho una residencia en esa especialidad), llevaba adelante el “consultorio de salud de la mujer”, un espacio que había empezado a ocupar todos los viernes. “Las ginecólogas no vienen los viernes así que con mucho *laburo fino* con las administrativas, me dan los viernes pacientes de ginecología”, me contó Victoria el viernes que la acompañé. La concreción del equipo de permear los espacios de las ginecólogas era percibido por ellas como una victoria. A través de esta estrategia de disputa de espacio y de poder (Foucault, 2002), que se vehiculizaba por canales informales, me pregunto si la condición de activista feminista de Victoria – reconocida por ella

como feminista y por las demás, y acompañada por su estética, pelo rapado a un costado, pañuelo verde en su mochila, y pin del pañuelo verde prendido en la solapa de su ambo de médica (volveré a este punto en el capítulo 3) - estaría relacionada con la iniciativa que antecede a este movimiento de apropiación. Podría pensarse que existe una vinculación entre las prácticas políticas con experiencia en disputas de poder con recursos acumulados de algunas de las integrantes del equipo y esta transgresión.

4.2. Las ginecólogas tienen su hinchada

La sala de espera estaba fresca. Tenía un equipo de aire acondicionado grande. Me senté en una silla frente a donde funcionaba la Enfermería, ubicada en un corredor por el que había que atravesar para ir a los consultorios de la planta baja. Roberto me ve. “¿Vos, seguís escribiendo? ¿No te alcanzó todavía?” me dice, en tono de broma. Me río nerviosa, y me acerco a charlar. Me incomodaba que me hablara en voz alta desde lejos, y que la gente que circulase por allí me mirara. A Roberto le gustaba hablar conmigo y a mi con él. Nuestras conversaciones eran espontáneas, se daban de a ratos, a lo largo de distintos momentos del día. Era mi parada elegida cuando circulaba de un lugar a otro. La excusa era un mate, una galletita. Y algo de eso me hacía sentir cómoda, como un recreo en medio de un montón de situaciones a las que quería estar atenta todo el tiempo. Roberto solía contarme sobre la gente que venía al centro, a quien padecía al mismo tiempo que no podía evitar interactuar con ella. Guardé mi cuaderno de notas y me dispuse a charlar con él. Mientras hablábamos, noté que varias mujeres se acercaban preguntando por “la ginecóloga”. “Cuánta demanda para ginecología, ¿no?”, le digo.

“Siiii. Si fuera por “ellas”, se atienden todas con la ginecóloga, por cualquier cosita. A veces es algo grande, pero a veces es por cualquier cosa. Y Marta (una de las dos ginecólogas del centro), uff, la explotan. Acá hay 80 mujeres pidiendo por la ginecóloga y no puede ser. No...., pará... No puede ser.....¿Qué se creen?!, ¿que podés venir acá a que te atiendan y ya? Noooo, acá hay turnos y muchos pacientes. Hay que venir temprano. Hay gente que espera horas. Hay gente que está acá desde las 6 de la mañana.

¿Hay 2 ginecólogas, no?, pregunto. “Si, Marta y Estela. Marta atiende los lunes y jueves todo el día. Tiene como 18 pacientes por día con turno y 20 más con sobretorno. La otra ginecóloga tiene menos pacientes”, me cuenta”.

A Roberto, que estaba evidentemente informado de los asuntos de las ginecólogas, le parecía necesario que las usuarias del centro *paguen* con su tiempo por esa atención, que las cosas no le sean “fáciles”, que valoren el trabajo del personal del centro, y asumo que el suyo también. Roberto me cuenta que se lleva bien con las 2 ginecólogas que trabajan en el centro de salud, pero habla de una de ellas, Marta, con quien mostraba más afinidad, por su tono amistoso al referirse a ella. Mientras conversábamos, nos interrumpen casi constantemente. ¿A qué hora abre la farmacia? ¿Hasta qué hora dan turnos? ¿Está la médica tal o cual? ¿Puedo venir mañana? Incluso alguien preguntó si podía pasar al baño. “Si, pasá”, le contesta. ¿Vos no tenés que hacer preguntas acá?, me increpa señalando la sala de espera. “Puede ser si”, le respondí sonriendo. Me divirtió la manera en la que me mandaba a hacer cosas. “¿Creés que alguien de Admisión querrá hablar conmigo?”, le pregunté refiriéndome al personal que atiende en las ventanillas bajo el cartel de Admisión. “Y, si les explicás bien...”, me respondió. Del personal de Admisión había escuchado algunos comentarios, por parte del equipo y Roberto:

“Administración es heavy. La verdad es que resuelven poco. Es que las trajeron. Ellas son del barrio. Vienen del plan “jefes y jefas”. Una de ellas está acá hace como 25 años, la única que no es del barrio. Cuando empezó la nueva gestión (Macri), las pasaron a planta. Ahora chau”... “Cada vez que Roberto se va de vacaciones pasa algo. Una vez desaparecieron anticonceptivos. Estaban 2 personas en ese momento que ahora, bueno, no están más” (relatos de Roberto y Jimena).

Roberto quiere fumar. Lo acompaño para seguir conversando. Su perspectiva y conocimiento sobre la dinámica del centro y cercanía con las ginecólogas eran significativas para mi análisis. “Y ¿cada cuánto entregan anticonceptivos acá?” le pregunté. “¿Acá? Y... casi todos los días....”, me contestó. “Y ¿quién los trae?”,

pregunto. “Y, a veces Oca, a veces otro correo”. “¡Y cómo sale el *chip*⁴⁴, eh!”, le comento (me referiré al uso del *chip* en el capítulo 2).

“Siiii, acá chip a todo. Y eso que no es tan bueno. Yo me baso en lo que me dijo Marta (una de las ginecólogas), que no es tan así, que el chip no es para todas. Que trae problemas. Muchas se lo quieren sacar. Pero acá éstas lo ponen a todo el mundo”, me dice con indignación, refiriéndose a las integrantes del equipo de SSyR.

Roberto reconocía las tensiones, y las dinámicas y por la información que administraba podría inferirse que mantenía conversaciones sobre estos temas tanto con las integrantes del equipo como con las ginecólogas. La rivalidad entre ambos grupos se construía respondiendo a lógicas y perfiles diferentes, percibidos de diferente manera, y con distintos grados de legitimidad en el cotidiano del centro. Las usuarias que acudían de manera habitual al centro para cuestiones vinculadas a controles ginecológicos periódicos (estudios de PAP, colposcopia, infecciones), y asuntos reproductivos (embarazos, partos), se atendían con las ginecólogas, que eran también obstetras⁴⁵. Y, ¿quiénes se atendían con el equipo de SSyR, solo quienes buscaban interrumpir sus embarazos? ¿Se trataba acaso de una disputa entre aquellas que traían seres al mundo y quienes lo impedían? En parte de esta disputa, se instalaba un trasfondo moral.

El equipo apostaba al cumplimiento de la política pública que buscaba garantizar el acceso a la interrupción del embarazo; no obstante, eso no era todo. La garantía de una ILE venía acompañada por una persistente idea de *oportunidad de intervención* en el espacio de la consejería, la estrategia de AIPE, a través de ofrecer métodos anticonceptivos reversibles de larga duración como forma de prevención de embarazos no intencionales repetidos, y en

⁴⁴ Se refiere al implante subdérmico, uno de los dos métodos anticonceptivos reversibles de larga duración disponibles en la canasta de MAC de los centros de salud.

⁴⁵ La obstetricia es la especialidad médica que se ocupa del embarazo, el nacimiento y el puerperio o posparto (de la salud de la madre en los 40 días posteriores al parto).

consecuencia, también de abortos, un aspecto poco explorado de la política de acceso a la salud sexual y reproductiva en el que me enfocaré a continuación.

5. AIPE: una oportunidad de intervención

“Preocupa mucho a nivel de la gestión cómo se van sin método después de haber pasado por uno, dos, a veces tres ILE. Vienen, resuelven su ILE y no vuelven a buscar un método”, me cuenta Jimena, y me explica que es una preocupación de la micro, meso y macrogestión. Desde la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, se incorpora en el año 2015 el trabajo en anticoncepción inmediata pos evento obstétrico como uno de los objetivos de gestión a cumplir en los años posteriores. La AIPE refiere a la estrategia de garantizar el acceso a un “método anticonceptivo elegido en el período posterior a un evento obstétrico ya sea parto vaginal, cesárea o aborto⁴⁶ antes de obtener el alta médica de la institución en la que se encontrase (48 horas), con el objeto de posponer o evitar un embarazo no intencional⁴⁷”. Según datos obtenidos en una encuesta demográfica y de salud realizada en 27 países, durante los primeros 12 meses posparto, el 95 % de las mujeres desean evitar quedar nuevamente embarazadas en los 24 meses siguientes, sin embargo, el 70 % de ellas no usa MAC (OMS, 2014a). Desde un punto de vista obstétrico, se observa que los intervalos muy cortos (menores de 12 meses) entre un nacimiento y un nuevo embarazo, aumentan el riesgo de parto prematuro, de neonatas/os con bajo peso al nacer y de mortalidad infantil (Rutstein, 2005) así como un riesgo aumentado de diabetes gestacional, anemia materna e

⁴⁶ Tras un aborto, la ovulación, y por lo tanto la posibilidad de embarazo, puede ocurrir entre 10 a 14 días después de realizarlo (incluso antes de que la menstruación se reanude). El 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto (Schreiber, et al., 2011).

⁴⁷ *Embarazo no intencional* es el término que utiliza el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA), una iniciativa desarrollada en conjunto entre los Ministerios Nacionales de Salud, Desarrollo Social y Educación. Se creó como una estrategia nacional para prevenir y reducir los embarazos no intencionales en la adolescencia. Asimismo, garantizar los derechos de los y las adolescentes al acceso gratuito de MAC, a la educación sexual integral y a la consejería en salud sexual y reproductiva. <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-enia>.

hipertensión en el embarazo (Conde-Agudelo y Belizán, 2000)⁴⁸. En artículos publicados sobre la importancia de la AIPE como modelo de atención pública para garantizar derechos en revistas especializadas (Oizerovich y Perrotta, 2020)⁴⁹, así como en documentos generados por el Estado, tanto a nivel nacional (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021)⁵⁰ como en la CABA⁵¹, se impulsa como una herramienta fundamental que los equipos de salud deben conocer y ofrecer sin demoras (de allí lo de anticoncepción “inmediata”) para evitar embarazos no intencionales. Oizerovich y Perrotta (2020), quienes impulsaron la estrategia de AIPE, enfatizan el compromiso asumido por Argentina sobre incluir los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas⁵², específicamente a los referidos a la salud sexual y la salud reproductiva, buscando contribuir a generar resultados que impacten sobre indicadores de salud materno-infantil y a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (básicamente a los servicios de planificación familiar es decir, a MAC) argumentando que cobra aún más relevancia promover esta acción de política. “Las mujeres no dimensionan el riesgo del retorno a la fertilidad y la posibilidad concreta de otro embarazo en el

⁴⁸ RCOG. Best practice in postpartum family planning 2015

<https://www.rcog.org.uk/media/utrdc5gu/best-practice-paper-1-postpartum-family-planning-2.pdf>

⁴⁹ Las autoras de esta publicación fueron funcionarias públicas de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Silvia Oizerovich (médica tocoginecóloga) fue la Coordinadora del Programa de salud sexual y reproductiva del Gobierno de la Ciudad (CABA) del 2008 al 2016 y directora de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación del 2015 hasta noviembre 2019. Gabriela Perrotta, psicóloga, fue coordinadora técnica de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud del 2016 hasta diciembre del 2019.

⁵⁰ Se trata del primer documento guía estatal enteramente orientado para implementar la estrategia AIPE en los servicios de salud. Fue publicado por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

⁵¹ Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_ssy_r_caba_2020.pdf

⁵² La agenda para el Desarrollo Sostenible puede encontrarse en el presente link:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

primer año postparto”, dicen Oizerovich y Perrotta (2020). También dejan en claro que la principal herramienta para trabajar en AIPE es el espacio de consejería, donde el contacto de la persona usuaria con el servicio de salud cuando acude en una instancia posterior a un evento obstétrico es una “oportunidad de intervención” y una “labor pedagógica”, que busca disminuir obstáculos y garantizar derechos, cobrando más importancia aún si se tiene en cuenta la proporción de mujeres que reciben atención en salud sin haber tenido consultas previas, o que no volverán al servicio de salud luego de un evento obstétrico. Para lograr esto, la estrategia de AIPE apunta a promover fuertemente el uso de métodos de larga duración reversibles (DIU e implante subdérmico o chip) y de métodos irreversibles (ligadura tubaria, vasectomía), por su alta efectividad y baja tasa de falla ya que no dependen de la persona usuaria y no requieren de visitas frecuentes al sistema de salud lo cual reduce la presión así como los costos en dicho sistema.

“Esto (refiriéndose a la AIPE y al impulso de los métodos de larga duración) al Ministerio le interesa bastante. Es un tema estratégico. Está siendo el caballito de batalla de la salud reproductiva, sobre todo en CABA. Es lo que más quieren laburar”, me dijo Daniela entusiasmada.

Analizando las publicaciones que promueven la implementación de la AIPE desde el Estado, la Ciudad, y el campo médico científico, se pueden observar varios supuestos y argumentaciones que tensionan. Por un lado, algunos de los supuestos considerados se basan en una relación tutelar, en la cual se asume que las mujeres “no dimensionan el riesgo” y que necesitan ser enseñadas con lo cual es necesario realizar con ellas “una labor pedagógica”. Estos parámetros se evidencian en artículos de revistas especializadas en temáticas de salud sexual y reproductiva donde acceden a publicar quienes forman parte del diseño y lineamientos de implementación de la política. Es interesante detenerse en la estrategia de difusión de la política, que ocurre no sólo a través de los documentos oficiales, sino a través de publicaciones científicas, vías periféricas que tienen llegada a profesionales de la salud y que quedan ubicadas dentro de la esfera de la legitimidad científica. El Estado no es un ente abstracto, sino que

está compuesto por personas que trabajan para él con pertenencias profesionales a distintos espacios que a su vez ejercen influencia y construyen legitimidad a partir de las narrativas, el lenguaje y los discursos que dan forma y legitiman sus actividades (Shore, 2010). Al mismo tiempo, en los formularios de consentimiento informado para colocación de un DIU pos parto, estrategia de AIPE implementada en hospitales, se enuncia que se trata de una elección informada donde se informa que “es tu derecho recibir información suficiente, clara y completa sobre todos los métodos existentes de manera gratuita en la CABA” y se firma el consentimiento, habiendo seleccionado el casillero “de manera libre, anticipada, voluntaria e informada el anticonceptivo que más se adapta a tus necesidades”. Si bien esto no presenta una contradicción explícita con la narrativa de los documentos oficiales, sino todo lo contrario, tensiona con los supuestos manifestados a partir de los cuales se basa la política. ¿Cuán libre, anticipada y voluntaria es esa elección para las mujeres que han sido objetivadas y les han sido adjudicadas categorías implícitas como *mujeres y personas con capacidad de gestar* que deben evitar embarazos no planificados consecutivos? En conversaciones con Daniela se revela que se juegan factores, enmarcados en una clave moral.

“Una persona que ya pasó por la situación de ILE muchas veces, o que tiene 6 pibes y que no encontró respuesta, y te dice “no, yo tengo 6 y pedí la ligadura tubaria 3 veces y no me la dieron. Me parece que pasa por ahí la autonomía, por poder no embarazarte. Me pueden acusar de imposición y paternalismo. Pero para mí ahí hay una cuestión que tenemos nosotras (las médicas) de micropoder, para bien o para mal. Yo se que si me pongo las pilas te convengo y esta mujer se va con DIU. Estoy segura de que lo puedo hacer”.

Queda claro que en los lineamientos de implementación de la política de AIPE dirigidos a los equipos de salud, se hace referencia casi exclusivamente a las razones por las cuales es perjudicial para la salud materno-infantil la repitencia de embarazos llevados a término dentro de períodos cortos, pero no refiere a argumentos por los cuales los abortos repetidos perjudican la salud. Enuncia la página web de la Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de

Transmisión sexual (ITS) del Ministerio de Salud de la CABA: “Anticoncepción luego de un parto, una cesárea o un aborto, ¿Por qué es importante la anticoncepción después del parto?” “Porque el parto es una buena oportunidad para elegir un método anticonceptivo de larga duración e irse del hospital con el tema resuelto”. Este mensaje con tinte eminentemente “casual” y casi banalizado, que dice traer “alivio” a la vida de las mujeres, desacreditando el componente estructural subyacente, si bien da cuenta del aborto como una de las posibles resoluciones de un embarazo, luego elige considerar al parto como posibilidad, en lugar de al aborto, evitando mencionarlo. En efecto, en la instancia de AIPE, la intención de evitar la repitencia de abortos queda enmascarada bajo argumentos de salud materno-infantil. Parecería que evitar abortos tiene más que ver con cuestiones morales que de salud, eso que nadie dice, pero que se reveló en varias ocasiones conversando con el equipo sobre este punto. “Yo una ILE me lo banco, pero ya dos o tres, no”.

El uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración sigue siendo un desafío, sobre todo para poblaciones adolescentes. Un informe realizado por el Ministerio de Salud describe que el implante subdérmico (o chip) es mucho más usado por mujeres con antecedentes obstétricos, que recién acceden al implante luego de 2 o más embarazos (sobre todo en mujeres mayores de 20 años) e interpreta este dato como un indicativo de pérdida de oportunidad para evitar la reiteración de embarazos no intencionales. En un estudio sobre usos de métodos de larga duración reversibles realizado en el Hospital Materno neonatal Ramón Carrillo en Córdoba, se evaluó la proporción de mujeres que solicitaron la colocación de un DIU-Cu post evento obstétrico y se observó que los porcentajes más altos de aceptación de colocación del DIU en esa instancia (43%) provino de mujeres que presentaban de 2, 3 o más partos

previos⁵³. Asimismo, según el Sistema Informático Perinatal⁵⁴ del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, que releva el 80% de las maternidades públicas del país, en los últimos años si bien ha disminuido la tasa de embarazos en adolescentes, el porcentaje de embarazos no intencionales no ha disminuido en ese grupo ni en la población general y se mantiene en el año 2017 aproximadamente en los mismos valores a pesar de las políticas públicas implementadas para tal fin. La estrategia de AIPE fue incorporada entre los objetivos estratégicos específicos del Plan Nacional de Embarazo no Intencional en la Adolescencia, y se hizo hincapié en fortalecer los espacios de consejería para adolescentes en servicios de salud e instruir a efectores de salud para colocar y remover métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (Plan Enia, 2020).

Tanto la estrategia de AIPE, como el acceso a la ILE, convergen en el éxito de una “buena consejería”, depositando la expectativa y responsabilidad en los equipos de salud, agentes estatales efectores de la política en el territorio, que debían hacer inteligible la misma a sus destinatarias, en lo singular del contexto, de sus subjetividades y trayectorias de vida. Si bien se enuncia como “un dispositivo con distintas estrategias de acción, según las necesidades y condiciones locales”, se terminan invisibilizando las condiciones estructurales desiguales en que se encuentran quienes son las destinatarias de la política⁵⁵.

“No hay lineamientos “desde arriba”, no hay decisión de líneas de acción. Todo medio depende de las buenas intenciones de todos. Eso es

⁵³ Este estudio se llevó a cabo entre enero 2015 y septiembre 2016. Es de tipo descriptivo prospectivo, y su objetivo principal fue evaluar la proporción de mujeres que solicitaron la colocación de un DIU-Cu posevento obstétrico, luego de realizada la consejería en anticoncepción durante la hospitalización.

⁵⁴ Sistema de Información Perinatal - Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección de maternidad, infancia y adolescencia. Secretaría de Gobierno de Salud. DATOS AÑO 2017. SIP Gestión 2017 (SIP, 2017. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Es un sistema de registro unificado para la evaluación y monitoreo de las políticas y los programas de salud materna, perinatal e infantil.

⁵⁵ Para el período 2013-2015, la Tasa de Fecundidad Adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15-19 años variaba desde un 4,5 en la comuna 2 (barrio de Recoleta, que tiene los mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 57,8 en la comuna 8 (la más postergada, integrada por Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano) (DGEyC, 2015).

desgastante. La gente en el centro no está preparada conceptualmente, no saben lo que se espera que hagan en el campo de la atención primaria. Es como que en todo CABA hay un sistema hegemónico, y no se tienen en cuenta los contextos, los límites de cada lugar”, me cuenta Valeria, médica del equipo.

¿Cómo logran esas profesionales de la salud traducir a la población usuaria que tienen derechos en un idioma al que accedan? ¿Qué implica dar con esa traducción? ¿Tienen éxito? ¿En qué acciones?

“Muchas veces me pregunto, ¿hasta dónde nosotras, y hasta dónde ellas? Les ofreces un método y quizás te dicen que no quieren y hay que respetarlo. Pero es para que no tengan que volver a pasar por esto. Pero decir eso es cuestionable, no tenemos que ser paternalistas. A veces nos ponemos un poco baja línea”, reconoce Julia con resignación.

Al transcurrir mi trabajo de campo, fui accediendo a los distintos puntos de vista y posiciones de las integrantes del equipo en su rol y a los sentidos de sus acciones. Fui dándome cuenta de la tensión y el conflicto que les generaba navegar este campo de batalla entre las estrategias propuestas por la política y los recursos disponibles, el ritmo frenético de la cotidianidad, las múltiples tareas, la falta de infraestructura y espacio para trabajar, y pude poner en el centro de mi análisis las relaciones, interacciones y tensiones entre las diferentes dimensiones intervinientes en la construcción e implementación de esta política que se gestó desde la dimensión estatal, pasando por documentos, protocolos, lenguajes de derecho, intervenciones judiciales, redes feministas, banderas, pañuelos, el Congreso de la Nación y también por mujeres que nada de esto conocían y que buscaban poder seguir con sus vidas ante la eventualidad de un embarazo del que buscaban deshacerse.

En este capítulo intenté recuperar el cotidiano del centro de salud y mostrar cómo se fue transformando a lo largo del tiempo y acompañando los cambios en la política pública implementada en él, tanto de APS, la cual actuó como esqueleto sostenedor constitutivo del centro, como de salud sexual y reproductiva. Situé al dispositivo de las consejerías en SSyR como lugar de acción donde la política se pretende implementar. Intenté dar cuenta de las

disputas y visiones de mundo del equipo de SSyR y de las ginecólogas que revelan la heterogeneidad de sentidos de las actrices y actores estatales. Así, pude ir viendo cómo las prácticas cotidianas conforman los rasgos que va adquiriendo la efectiva implementación, atravesada por el contexto en el que tienen lugar. Los modos en los que se revela la implementación de la política en el *cara a cara* dentro del consultorio es lo que me propongo analizar a continuación.

CAPÍTULO 2: El cara a cara en la consejería

Violeta, de 39, entra al consultorio preocupada. Habla de una alergia en su cara.

“Yo me quería limpiar de esto. No sabía que estaba embarazada. No quiero tenerlo. Tengo un hijo discapacitado”, dice. “Tuviste una ILE en marzo de este año (era noviembre). Te dimos preservativos. Y tenés 2 hijos. Y ¿con qué te cuidabas?”. “Con preservativo”. “Y, ¿qué pasó, sabés?”. “Puede ser que no hayamos usado algunas veces. Como siempre me decía voy a soltar afuera, no te vas a embarazar. Lo conocí hace poco. No estoy estable, yo mantengo a mis hijos. El padre de ellos casi no está, va a Bolivia. Yo tengo que mantenerlos y no tengo ayuda”. “En principio hay que hacer si o si una eco. Vos sabés que acá contás con nosotras... acá siempre tiene que ser, vos sabés que esto es lo ideal, que acá lo podés hacer (refiriéndose a la ILE)...bueno, ya tuviste una experiencia acá mismo...” (extracto de una consulta en la consejería en SSyR del centro de salud)

Al irse Violeta del consultorio, Jimena, trabajadora social del equipo, me dice con preocupación:

“Es que que los métodos no se den en enfermería es un problema, y que sea difícil llegar a la farmacia porque los horarios son limitados, son todos impedimentos. De hecho creo que en este lugar es más fácil acceder a ILE que a anticonceptivos”.

Violeta fue una de las tantas mujeres que buscaban su ILE en la consejería de SSyR del centro. Violeta iba por su segunda ILE ese año. Su relato pone de manifiesto algunas de las prácticas, sentidos y tensiones presentes en el espacio de la consejería, pero sobre todo exhibe la íntima relación existente entre ILE y anticoncepción, dos aspectos clave a los que apunta la política de acceso a salud sexual y reproductiva, y que al momento de realizar mi trabajo recibían atención diferenciada, teniendo mayor énfasis las ILE y un descuido en la atención brindada a los MAC, eso, que muchas veces falla, y que preocupa tanto a la gestión, en palabras de las propias integrantes del equipo. Las estrategias de implementación de uno y del otro, sus alcances y limitaciones dentro del dispositivo de la consejería, en un contexto de carencias como el del centro de salud es de lo que me ocuparé a continuación.

1. La materialización del acceso a ILE: entre la urgencia y la ambigüedad

El equipo funcionaba todos los días de 9 a 15 h. La atención de la consejería era a demanda espontánea. “Se las ve en el momento en que vienen, o se las cita para el día siguiente”, me contó Adriana, la más seria e introvertida de las médicas generalistas del equipo de SSyR durante uno de nuestros intercambios en el SUM. A lo que Adriana se refería era a la franja horaria de funcionamiento de la consejería en SSyR que coincidía con la jornada laboral del equipo, aquella que cumplían como trabajadoras del centro. Las integrantes del equipo de SSyR intercalaban *pacientes* con *ILEs*, y con las múltiples y variadas actividades diarias que les demandaba el centro.

“Yo tengo muchos pacientes y mucha variedad, atiendo mezclado *las ILE* con otros casos de medicina general porque no tengo turnos para atenderlos por separado, o para dedicarle tiempo solo a la consejería entonces doy sobre turnos”. (Extracto de una conversación con Valeria, médica generalista del equipo, cuando me alcanzó una tarde en su auto hasta la parada del colectivo que me dejaba en mi casa).

Todas las integrantes del equipo se referían a ellas así: *las ILE*. Cada caso que aparecía en busca de asistencia en la consejería se atendía y para asegurar eso, quienes estuvieran del equipo trabajando ese día en el centro, acomodaban el tiempo disponible - y también el no disponible - para responder a esa demanda. Con tiempo “no disponible” me refiero a aquel que no estaba asignado a la atención específica de la consejería y que cobraba existencia a la luz de responder ante la aparición de un caso. La consideración del carácter de “urgente” de las ILE se argumentaba desde la posibilidad de producir un cambio positivo en la vida de las personas en contextos adversos hasta por el compromiso en el activismo feminista. Por ejemplo, para Daniela,

“Genera que una sienta que hace algo en contextos mega problemáticos como el que tenemos acá, una siente que es esto lo que puede llegar a aportar, a cambiar. Yo tengo algunas posturas con respecto a lo que hacemos las médicas y más desde el consultorio que me parece que no sirven. Todo lo que sea obesidad, todas las cuestiones más crónicas no transmisibles, en realidad es muy poco lo que se puede hacer y sabemos que pasa por otro lado lo que cambia realmente. Me parece que también tiene que ver con algo que una siente que haciendo esto, es algo que lo

podés ver, es muy tangible lo que cambia en el caso de ILE o en el acceso a un método y demás, y que se ve ahí, muy adelante tuyo. ILE obviamente es urgente siempre”.

Daniela tiene sus preferencias, “se hace el tiempo” para atender la consejería porque siente que su accionar allí tiene un retorno inmediato acerca del cambio de la realidad. Así como, una vez detectado el caso, habitualmente es colocado en una posición de prioridad por las médicas del equipo de SSyR que lo consideran “urgente”, acceder a ese estatus de prioridad requiere navegar por ambigüedades, silencios, sobreentendidos a través de miradas y palabras “clave”. No habiendo un cartel formal en la puerta de ingreso al centro ni en la sala de espera indicando la existencia de la consejería en SSyR que allí funcionaba, ni sobre sus días ni horarios de atención, y menos aún, sobre el hecho que esa consejería contaba con medicación para interrumpir embarazos (misoprostol) y con una variedad de MAC de entrega gratuita, ¿cómo se establecía el contacto entre quien llegaba buscando asistencia y el equipo, desconociendo qué se debía decir, o por quién habría que preguntar? Esta instancia cobra aún más importancia dado que no todas las consejerías asignadas en los centros de salud de la CABA contaban con estos recursos.

La función de admisión a la consejería se “institucionalizaba” de manera informal y sin dejar registros escritos a través de la figura de Roberto. De hecho, Roberto expresó: “Yo no debería estar haciendo esto”. Al decir de Shore (2010), las políticas tienen efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus autores. Una vez creadas, entran en una compleja red de relaciones con varios agentes, actores e instituciones, tinglado que puede a menudo generar consecuencias imprevistas e inesperadas *en el terreno*. “Roberto tiene mucho ojo para ver necesidades. Sabe todo. Nos avisa cuando hay urgencia y cuando no. Tiene más criterio que la gente de Admisión”, me contaba Valeria al describir este rol de Roberto mientras algunas de las integrantes del equipo asentían y otras se quedaban calladas. “Yo sé quién entra y quién sale de acá. Sé cuando alguien necesita atenderse urgente y cuando vienen “por joder””, me dijo el propio

Roberto entre mate y mate. Al escucharlo, me pregunté qué parámetros utilizaba para decidir la urgencia. No todas las integrantes del equipo acordaban con que los criterios utilizados por Roberto fuesen una buena opción para las admisiones a la consejería, pero lo que quedaba claro era que era prácticamente la única tal como el dispositivo estaba funcionando. Tanto Daniela como Valeria hablaban mucho con él. Según me contaban, se tomaron la tarea de “familiarizarlo” con algunos manejos de la consejería y “tanteaban” su criterio en charlas informales, pero no mencionaron cuestiones específicas como asistir a capacitaciones o establecer lineamientos formales sobre los modos de recepción de casos. Asumí que de esas conversaciones, tomaba información y armaba su propio repertorio de criterios, aunque por la falta de un encuadre formal que enmarque el rol en la admisión a la consejería, no todas sus acciones estaban acordadas, legitimadas, reflexionadas, o supervisadas por el equipo, y en muchas ocasiones, simplemente ocurrían. Esa entidad que llamamos “política pública” muy pocas veces es objeto de estudio no problemático (Shore, 2010). De hecho aquí se introduce una cuestión clave a la hora de pensar en posibles modificaciones de la acción estatal: aunque las reglas estén claras, las personas luego hacen lo que su criterio moral les dicta. La formalidad no es garantía de éxito de la política, sino sólo de la formalidad.

“Hoy estamos cortos de médicas. Solo está Daniela y se fue al *barrio* con el *equipo territorial* por el brote de sarampión. Está allá vacunando toda la mañana”, me dice Ana, una de las dos psicólogas del equipo de SSyR, mientras es interrumpida por dos mujeres que necesitaban algo de ella. Yo estaba esperando a Marcos, uno de los promotores de salud que trabajaba en el centro desde hacía pocos meses, para que me acompañara al barrio. No me dejaban ir sola, y creo que tampoco hubiese sabido cómo llegar, aunque ya había estado una vez⁵⁶. Mientras esperaba a Marcos, compartí unos mates con Roberto. El

⁵⁶ El *barrio* hacía referencia a las calles colindantes al centro, que en su totalidad conformaban una villa. Si bien el destino donde estaba ocurriendo la vacunación era cercano, llegar implicaba un zig-zag de manzanas (no cabía la noción de “cuadras”) que requería conocerlo.

mate estaba frío y lavado. Hicimos bromas sobre eso. “¿Qué me das?! Esto no se puede tomar”, le dije aguantando la risa. Mientras hablábamos, llega una mujer de unos treinta años y se acerca al escritorio de Roberto, donde estábamos. “Busco a una médica”, dijo. Roberto le dice que solo hay una. “Es que necesito *pastillas*”, dice. “¿Cuáles? ¿anticonceptivos?...¿pastillas o chip o inyección?”, le pregunta Roberto. La mujer repite que quiere hablar con la médica. Lo dice tranquilamente, no reclama ni se enoja. “Ah, pero lo que querés es salud sexual”, le dice Roberto. “Sí”, responde ella. Noté contundencia en su respuesta no porque supiera que eso era lo que necesitaba sino como intento para llegar a algún punto de concreción en ese diálogo que se tornaba estéril. Roberto había naturalizado la expresión “salud sexual”, la que aparecía en los documentos estatales, la que repetía el equipo. “La médica tiene muchas pacientes”, le dice Roberto en tono de despedida, sin intenciones de facilitarle más información que esa. Roberto no le brinda opciones, no sugiere que espere, ni le informa que puede solicitar un turno, o volver el lunes. Mantiene su silencio y su protección hacia la única médica trabajando ese día en el centro, en una cuasi epidemia de sarampión en el barrio, con quien además tiene la mayor afinidad. La mujer le pregunta el nombre de la médica, de la única que atiende hoy. Roberto responde en cambio, su apellido, el de Daniela, en un claro intento de disuasión. “Pero no está y va a tardar”. La mujer la quiere esperar. “Para anticonceptivos podés pedir en administración”, le dice Roberto, incómodo. Ella insiste en ver a la médica. Me mira a mí, que estoy parada al lado de Roberto. Cruzamos miradas, pasaron segundos. Yo estaba escuchando cada palabra sin emitir ninguna. Me quedé unos segundos así, hasta que hablé. “Sí, esperala tranqui. Yo también la estoy esperando”, le dije sin haber pensado lo que iba a decir antes de abrir la boca. “Ah, bueno, la espero entonces”, se tranquiliza o al menos me pareció notar un dejo de alivio en su mirada. Tardé en comprender qué estaba pidiendo o necesitando esa mujer, hasta que de su insistencia, y de la mención de *pastillas*⁵⁷, me di cuenta que era

⁵⁷ Con *pastillas* se refería al misoprostol, medicación para abortar. Muchas de las destinatarias que ví y quienes solicitaban información para abortar y me habían contactado por mi condición de activista por el derecho al aborto utilizaban la palabra

una ILE. Pensé en mi reacción. Al no expresarlo claramente, no me di cuenta qué pedía y cuando comprendí, me asaltó la contradicción sobre si intervenir o esperar a ver cuán lejos llegaba la situación y qué ocurriría. Temí pasar por encima de Roberto interviniendo en la escena, al mismo tiempo que me impacientó e incomodó mi propia tardanza para responder a su creciente desesperación. Cuando me miró a los ojos, sentí que me involucró. No pude más sostener esa tensión y contesté. Me pregunté qué hubiese hecho yo en su lugar. ¿Hubiese podido ser clara? ¿Hubiese podido explicitarlo, exigirlo? La tensión surgida de esta interacción determinada por la falta de alternativas presentadas por Roberto fue perdiendo intensidad con mi intervención. Recuperando nociones de la antropología de las emociones (Le Breton, 2013), esa tensión se sorteó con un cambio en las circunstancias iniciales - yo también la estoy esperando, estamos juntas en esto - que reconoció como un cambio de contexto y generó en ella un cambio de emoción - fisiológica - identificable en esta escena social.

La mujer tomó asiento en la sala de espera. Eran las 10:45 de la mañana. No mencioné nada de lo ocurrido a Roberto. Ante la falta de médicas y de integrantes del equipo presentes en ese momento, me sentí responsable para con esa mujer. Algo más tenía que poder decirle para que se sienta bienvenida, en el lugar apropiado. En el fondo me preocupaba que se fuera sin ver a nadie del equipo. Cuando Roberto salió a fumar, me acerqué a ella, y me senté a su lado. Le pregunté si necesitaba atención urgente. Respondió que sí. “Esperá tranquila que la médica se llama Daniela y ya viene. Yo también la estoy esperando”, le dije, intentando salir de la frustración en la que estaba inmersa. Me agradeció. Volví al escritorio de Roberto, no quería que me viera hablar con ella para evitar tener que darle explicaciones. ¿Por qué no le pregunté directamente si lo que buscaba era una ILE? Quizás en el fondo, tampoco a mí me salía “con todas las letras”. Busqué mi teléfono y le mandé un mensaje a Daniela avisando que había una mujer esperándola.

pastillas para referirse al misoprostol, casi una palabra clave que había que saber interpretar.

Es en la interacción entre las personas que habitan los espacios donde toma forma la implementación de la política. Las vías de admisión se presentaban como una suerte de *limbo*, un espacio indefinido donde en las prácticas, la responsabilidad de intervención no quedaba adjudicada a ningún rol concreto. Si bien la admisión era responsabilidad del personal administrativo que trabajaba bajo el rol formal de Admisión, en las prácticas las resolvía Roberto, personal de seguridad del centro. Ante la falta de un dispositivo de admisión efectivo, el (in)cumplimiento con este eslabón dentro de la cadena de funcionamiento de la política, se tornaba más evidente en los casos de ILE donde los tiempos de atención eran críticos - en el centro sólo se garantizaban ILEs de hasta las 12,6 semanas de gestación y luego de ello, era necesario derivarlas al hospital (al segundo nivel de atención en salud) y eso no siempre ocurría de manera exitosa. Las valoraciones que mostraba Roberto respecto al cuidado y protección de algunas de las profesionales de salud del centro y del equipo, especialmente de Daniela, permeaban su práctica y funcionaban como un filtro para evaluar, en términos morales, a las mujeres que se presentaban en el centro en busca de atención en la consejería en un contexto adverso como el de ese día. Asimismo, los intentos de legitimar su autoridad, e influir en el comportamiento desde una dimensión moral, dieron lugar a un intercambio desigual que como tal, se encuentra condicionado por las interacciones sociales fundadas en relaciones asimétricas (Bourdieu, 2014). ¿Cuántas veces habrá pasado esto?, me pregunté. ¿Cuántas mujeres se habrán ido y no vuelto? Los documentos estatales, incluyendo aquellos específicos sobre el funcionamiento de las consejerías, que en su conjunto se articulan en acciones para la implementación de la política, apostaban a la consejería como el dispositivo específico dónde intervenir a través de recomendaciones y capacitaciones dirigidas a efectores de salud, promotores y agentes sanitarios. Las recomendaciones para el personal de admisión eran escasas o más bien ausentes.

Ese eslabón crítico en el acceso a la consejería quedaba desregulado, a discreción de los contextos situacionales y territoriales, así como de los criterios

morales dejando en evidencia las obstaculizaciones de las políticas para con sus destinatarias. Por otra parte, he presenciado ocasiones en las cuales Roberto golpeaba la puerta del consultorio de la consejería en el que estábamos atendiendo con una hojita de papel doblada en dos en la mano, y sin mencionar de qué se trataba, pasaba a quien esté atendiendo del equipo “el caso de ILE” que se presentaba en el centro. “Hay una piba afuera esperando para atender”. En la hojita figuraba su nombre. Un acto casi secreto, una frase no explícita que todas entendíamos, pensé. La dificultad de nombrar la práctica de abortar “con todas las letras” evidenciaba la falta de legitimidad social que aún presentaba.

2. Negociaciones necesarias: entre los condicionamientos morales y materiales de las destinatarias y los requisitos de la política pública

Como mencioné anteriormente, las entrevistas a quienes asistían al centro en busca de un lugar donde abortar ocurrían dentro del espacio de la consejería. Observé y participé de ellas con el equipo y esto generaba una dinámica de interacción grupal de la que me sentía parte. Así fue con Florencia y Karina esa tarde de martes.

“El consultorio de abajo está vacío. Vayamos ahí mientras voy a buscarlas”, dijo Daniela mientras Carolina, la residente de trabajo social a quien conocí ahí mismo y yo nos acomodamos en la camilla del consultorio. El consultorio era chico. Todos lo eran. Eran espacios que habían sido tabicados para maximizar el escaso lugar definido para tal fin. Aunque la consulta no estaba exenta de interrupciones - nunca lo estaba - habitar los consultorios se sentía como transportarse hacia otro lugar, un lugar más privado, más tranquilo, y definitivamente menos ruidoso y abrumador que la sala de espera y los intersticios del centro. Como política general, el equipo de SSyR llevaba adelante la atención de la consejería de a pares multidisciplinares, en los que trataban que participe una profesional médica, a pedido del Programa de SSyR de CABA (en adelante *el Programa*). El rol de médica era el que firmaba el consentimiento informado en cada práctica de ILE, las prescripciones médicas y las órdenes para

solicitar ecografías. Quien la acompañaba, sería de otra disciplina, trabajadora social o psicóloga en el caso de las profesiones del equipo del centro. Aunque lo intentaban, no siempre podían garantizar que se cumpliera esta integralidad en las consultas que muchas veces superaba las posibilidades reales de disponibilidad. Este abordaje multidisciplinar no era una característica única del equipo sino un principio rector para llevar adelante los espacios de consejería en SSyR recomendado por el instrumento con el que contaban los sistemas de salud para estandarizar las prácticas y modos de actuación en materia de ILE: el Protocolo ILE (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). En el Protocolo ILE, se encontraba la siguiente recomendación: “de ser posible, para ofrecer a las mujeres una atención más integral y de calidad, es recomendable que la consejería se realice en parejas, con profesionales de diferentes disciplinas, biomédica y psicosocial, o que quien la efectúe trabaje en equipo de manera interdisciplinaria”, una recomendación que ciertamente buscaba evitar el individualismo y alejarse de la especialización. También hace referencia a “la/s mujer/es” como sujetos de la política pública. El uso de esta categoría como categoría estatal muestra un cambio en la historia y direccionalidad de las políticas de salud y apunta a resignificar las relaciones de género, compitiendo y desplazando, en alguna medida, a la categoría “madre/s”, la destinataria estrella de las políticas de salud durante décadas (Pozzio, 2011; Nari, 2004). Asimismo, en esta versión del Protocolo ILE comenzó a utilizarse tímidamente la categoría *personas gestantes*⁵⁸, que luego se fue afianzando durante las actualizaciones pos año 2020, a partir de la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo que marcó el uso de esta categoría (personas gestantes o personas con capacidad de gestar) fuertemente en la letra de cada uno de sus artículos.

Luego de unos minutos de espera en el consultorio, vuelve Daniela con dos chicas jóvenes, que venían hablando en tono de voz alto entre ellas. Karina y su amiga, Florencia. Repartimos besos, una práctica común en el centro, tanto

⁵⁸ El uso de las categorías *personas gestantes* o *personas con capacidad de gestar* tiene la intención de incluir a varones trans que tienen la posibilidad de embarazarse y abortar.

para quienes asistían como entre el personal y conmigo. No había prácticamente formalidades. Florencia se sentó en la silla pegada al escritorio donde se sentó Daniela, quien encendió la computadora y abrió el programa de historia clínica electrónica que se debe llenar en cada consulta para cada paciente que se atiende en el centro, y por supuesto, para *las ILE*. Florencia no tenía iniciada una historia clínica. Era su primera vez. Karina, se ubicó en una silla junto a Florencia. Daniela les explica que yo voy a estar presente, observando la consulta, para una investigación que estaba haciendo sobre “la atención en la consejería del centro”, y les preguntó si acordaban con mi presencia. Florencia y Karina me miraron y sin darle importancia al tema, accedieron. Les sonreí, incómoda y agradecida. Esta no fue la primera entrevista que presencié en el centro, pero me seguía incomodando “esta parte” en la que debía explicar mi presencia allí, aún cuando cada vez quedaba más claro que para ellas, yo era una más del equipo, o alguien de ahí. Con mucha frecuencia me hablaban a mi, me hacían preguntas, me daban explicaciones. Mi incomodidad iba en sentido opuesto a la naturalidad con la que me aceptaban sin más. ¿Por qué me aceptaban ahí sin más, invadiendo su intimidad? En las representaciones y las percepciones que cada una/o tiene de sí y de las/os otras/os, los vínculos que marcan identidades y posiciones relativas según esquemas diferenciados de poder ponen en escena, en términos de Bourdieu (2014), volúmenes de capital desiguales en la utilización de los recursos de cada quien, en mi caso, en asociación con el equipo, mi manera de expresarme, y mi asociación con nociones como “investigación”, en este espacio social dinámico de disputas. El sentido de intimidad que yo hubiese querido conservar estando en la posición de ellas, formaba parte de un conjunto de significados a ser interpretados según las condiciones de existencia y de prácticas. Por otro lado, la idea de que mi género me proveyó de ventajas frente a este escenario y al contexto del centro, me acompañó durante mi estancia en el campo.

Karina nos cuenta que trajo a su amiga Florencia por primera vez al centro de salud. Ella ya había venido antes por su ILE. Karina era extrovertida y se

mostraba segura, un estilo de personalidad que contrastaba con el de su amiga Florencia. Karina trabajaba de limpieza y de cuidadora, actividades mencionadas frecuentemente entre las mujeres que se atendían en el centro. En los últimos años sólo había conseguido changas⁵⁹. “Y ¿qué las trae por acá?” preguntó Daniela. “Sé que está mal, malísimo. Sacárselo está mal, pero lamentablemente no puedo” dijo Florencia de un tirón casi sin respirar, y con notable preocupación. “¿Por qué? Eso según quien...”, respondió Daniela buscando reconfortarla. Florencia se sentía culpable por haber quedado embarazada y embarcada en esta situación. La cuestión de la culpa expresada por Florencia frente a su embarazo es abordada por Boltanski en su investigación sobre la sociología del engendramiento y del aborto (Boltanski, 2004). Como señala, muchas mujeres afirman la sensación de haber “cometido un error” y alimentan sentimientos de “culpabilidad” ante la perspectiva de un inminente aborto asociada en muchas ocasiones esa incomodidad íntima con el hecho de haber mantenido relaciones sexuales sin ninguna medida de protección, identificándose antes esa causa que la del propio aborto como elemento de malestar. Para mantener relaciones sexuales sin engendrar, es preciso prestar atención a la fiabilidad de los métodos anticonceptivos que se hayan usado y esto presenta las características del deber y del fracaso (Boltanski, 2004).

“¿Y de dónde se conocen ustedes?”, preguntó Daniela buscando distender la situación de angustia de Florencia. “De la escuela. Somos amigas desde hace años”. Ambas se miraron, cómplices. Se traslucía que habían pasado aventuras juntas. “Conocí a alguien en un baile... y las hormonas... y bueno...”, dijo Florencia seria. “Bueno, tranquila...ahora te voy a hacer las preguntas para completar la historia clínica”, dijo Daniela, sabiendo que necesitaba enfocarse. Si bien no había un tiempo definido de duración de la entrevista, tampoco era ilimitado. Noté en varias ocasiones que se ajustaban a un tiempo de referencia de alrededor de unos 20 minutos. Daniela sabía lo que tenía que preguntar para

⁵⁹ Se refiere al trabajo ocasional, generalmente en tareas menores, que permite la subsistencia mientras se busca otro de carácter fijo.

que del relato de Florencia se desprendan los argumentos que irían a enmarcar este caso de interrupción de embarazo en la legalidad, es decir, en alguna *causal*. Florencia de 28 años y 2 nenes, estaba de 7 semanas⁶⁰. Nunca había interrumpido un embarazo antes. Se hizo *la eco*⁶¹ en un centro médico privado que quedaba a unas cuadras del centro de salud. “Eco obstétrica”, alcancé a leer. Daniela miró *la eco* con detenimiento. Luego me enteré que una gran cantidad de las ecografías que circulaban por el centro de salud se hacían de manera privada, en el centro médico donde la hizo Florencia. Era un lugar con precios económicos, cuya calidad en los estudios les generaba dudas a varias de las integrantes del equipo. Otras tantas estaba hechas en el Hospital Piñero⁶², institución pública que contaba con la infraestructura para la realización de ecografías, sin costo, pero que requería una orden médica para su realización.

“Decime tu celu y vamos a probar si funca porque yo siempre me equivoco” dijo Daniela, simulando distracción y torpeza. Florencia le dice el número y Daniela lo disca usando el teléfono de línea que había en el escritorio. El celular de Florencia suena y ambas amigas se ríen. La escena resultó graciosa y sonreí también. Más tarde Daniela me confesó: “empecé a hacer la prueba de hacer sonar el teléfono mientras la piba está acá porque muchas veces te dan mal el teléfono y después no se las puede ubicar, entonces mejor asegurarse tener el número correcto”. Si bien esta estrategia puede resultar efectiva, me llevó a pensar en una vigilancia de conducta de orden moral (Foucault, 2002), un modo de tutelaje que en principio pareciera tensar con las intenciones de la política de promover la autonomía y libre decisión de sus destinatarias. Sin embargo, en este contexto, este modo de control intenta construir el andamiaje de una política pública que se pretende de alguna manera instalada a través de ciertos

⁶⁰ Se refiere a las semanas de gestación del feto o embrión durante el embarazo.

⁶¹ Se refiere al estudio ecográfico, prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonido) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo. En casos de embarazo, se usa para examinar al feto. Da información sobre su crecimiento, desarrollo y salud general.

⁶² Se refiere al Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, institución pública de salud, ubicada en el barrio de Flores, CABA.

dispositivos gubernamentales, pero que muestra sus imposibilidades al momento de la implementación, donde efectoras y destinatarias ensayan una escena donde eligen las maneras y las herramientas disponibles para encauzar aquello que social, legal y burocráticamente aún presenta formas de deslegitimación, punición y falta de sostén. Días después, en una charla con el equipo de SSyR sobre la preocupación que muchas mujeres luego de sus ILE no vuelven al centro para su visita de control pos ILE, me enteré que al menos algunas de las integrantes del equipo se tomaban la tarea de contactarlas por teléfono con el fin de convocarlas nuevamente a la consejería para dialogar sobre anticoncepción.

En ningún momento de la consulta Florencia mencionó que estaba embarazada ni que buscaba interrumpir este embarazo. Tampoco lo hizo Daniela. Pero todas allí entendimos sobre qué se estaba hablando y qué es lo que Florencia solicitaba. Eso que no se nombraba era lo que nos convocaba allí. Daniela avanzaba con sus preguntas. Los casos en los que no se aplicaba la normativa, la interrupción del embarazo se convertía en una práctica ilegal y la llave que abría la puerta a la legalidad era enmarcar este caso (y todos) en alguna de las causales dispuestas en el Código Penal y allí es a donde apuntaba Daniela. Primero en definir el vínculo entre ambos y el comportamiento del varón: “¿Es violento?”. “¿Se hace cargo?”. “¿Se encarga solo cuando vos le pedís?”. Luego, en las condiciones de vida. Florencia trabajaba en un taller de costura, de 8 a 6. Era un taller chico, de 4 personas. “¿Con ventilación? ¿Te dan almuerzo? ¿Cómo se llaman tus nenes? ¿En qué horarios van al colegio, ¿Cómo son?”, interrogaba Daniela. Los nenes se quedaban solos en la casa cuando ella trabajaba en el taller ubicado en la planta baja de donde vivían. “Tené cuidado porque es muy chiquito.... ¿baranda tenés?”, se alarmó Daniela. Daniela conocía bien las condiciones de los trabajos precarizados e ilegales. Sus preguntas eran específicas y apuntaban a asegurarse que Florencia y sus hijos no estuviesen en peligro pero sobre todo a recabar información para proveer de un contexto sobre las dificultades económicas y sociales de Florencia en favor de la *causal salud*, ya que quedaba descartada una violación.

“Y decime Florencia ..., ¿fuiste a alguien más por esto, a un curandero, a alguna vecina?”. “Sí, me hablaron del perejil..., pero le comenté a Karina, y Karina ya lo había hecho, así que acá estamos”, contestó Florencia. “Usar perejil puede ser muy peligroso, es la principal causa de muerte de las mujeres. Es muy inseguro. Aunque tengamos que repetirlo, se repite acá, en el centro de salud”, dijo Daniela con firmeza, refiriéndose al porcentaje de falla (alrededor del 15%) que tiene una interrupción de embarazo realizada con misoprostol. “En la estación Liniers y en Villa Celina se reparten papelitos que dicen: “si estás embarazada, llamanos”. Piden \$9.000 incluida la sonda y *las pastillas*”, contó Florencia. Este tipo de información sobre los riesgos de inseguridad y clandestinidad a los que están expuestas las mujeres que buscan abortar por fuera del sistema de salud solía aparecer en las entrevistas, ya sea porque se lo preguntaban, o porque ellas mismas lo contaban. Charlando con Daniela durante un almuerzo salió este tema y me aseguró que a ellas esta información les sirve para argumentar que la mujer lo iba a hacer “de cualquier manera”. “Siempre hay que consultar acá y además acá es gratuito”, repitió Daniela. “Yo tuve que hacerlo 2 veces. Por vía oral no me funcionó. Por abajo, sí”, contó Karina.

“¿Vos le dijiste de usar preservativo y se hizo el boludo?”, preguntó Karina apuntando directamente a su amiga Florencia. “Sí”, respondió Florencia, tímidamente. “¿Sabés que los abogados a mi me dijeron que es violencia que no te pase plata?! Yo no sabía... “. Karina buscaba mostrar lo que sabía, los caminos que había tenido que atravesar para lidiar con algunas circunstancias de su vida. Para terminar de confirmar que la *causal violación* no aplicaba al caso de Florencia, Daniela preguntó un poco más. “¿Te cuidabas?” “No”, respondió Florencia avergonzada, sin poder mirar a los ojos a Daniela. Bajó la vista inmediatamente después de contestar. “Yo tampoco”, sumó Karina con un tono orgulloso, desafiante y pícaro. Karina pudo evitar darnos esa información pero no lo hizo, quiso que supiéramos. Dos estilos diferentes, Florencia avergonzada, tímida, de pocas palabras, con culpa, que se limitaba a responder las preguntas de Daniela. Karina extrovertida, desafiante, con la experiencia de haber

transitado una ILE y haber lidiado con abogadas/os por la cuota alimentaria de sus hijas, ahora, acompañando a su amiga.

“¿Y vos?, no tenés el *chip* puesto todavía, ¿no?” la increpó Daniela en tono de reto, un poco irritada por su irreverencia. “No, no me hice la ecografía pos (risas), ya me la voy a hacer...”, respondió Karina. Karina conocía a Daniela. Se refería a ella como “Dani” y la tuteaba. “A Florencia le hicieron la eco transvaginal, pero yo me la hice por panza, ¿por qué?”, preguntó Karina, intentando desviar el foco hacia su amiga. Daniela estaba concentrada en escribir y asegurarse de tener lo que necesitaba para cerrar el caso. No le contesta, se levanta y avisa que va a buscar *las pastillas*, refiriéndose al misoprostol. La farmacia, donde guardaban el misoprostol, quedaba justo enfrente al consultorio donde estábamos. Una ventana, con atención al público, con horario restringido (lunes a viernes de 10 a 1 y de 2 a 4), teniendo en cuenta que la gente empezaba a circular en el centro a las 7 de la mañana. Los acotados horarios de atención de la farmacia y los problemas que esto causaba como necesitar medicación y no poder acceder a ella sumado a la falta de registros rigurosos de la medicación utilizada para abortar han sido tema de malestares que presencié en varias oportunidades en conversaciones entre el equipo de salud y Marcos, el director del centro. Posponer la entrega de medicación para abortar aunque sea por un día era algo no deseable para el equipo ni para la política. Persistía el temor de que no volviesen. Como mencioné anteriormente, en el centro de salud había reserva de misoprostol. La alternativa cuando no habría (esto no ocurrió durante el tiempo que duró esta investigación) era obtener una prescripción médica (firmada por una profesional médica dispuesta a hacerlo) para dirigirse a una de las poquísimas farmacias que lo vendían y pagarlo del propio bolsillo, un impedimento que obstaculizaba la posibilidad de realización de la práctica⁶³. En este escenario, la persona que lo necesitaba quedaba a la deriva, envuelta en

⁶³ En farmacias, el misoprostol no era gratuito como en los centros de salud. En el 2020, se vendía por aproximadamente \$6,000.

una trama de incertidumbre en la que navegar, empujándola a la búsqueda de opciones ilegales e inseguras.

Daniela vuelve con la medicación. Son las MISOP 200 microgramos del Laboratorio Domínguez⁶⁴. Busca un folleto fotocopiado en blanco y negro en uno de los folios dentro de una carpeta forrada en papel verde a lunares blancos del tipo de papel para forrar cuadernos escolares y empieza a explicarle a Florencia cómo tomar el misoprostol, cuántas pastillas, las vías posibles⁶⁵. Daniela usaba el folleto como guía e iba escribiendo sobre él con una birome: los síntomas de las posibles complicaciones, qué hacer en cada caso. Cuando terminó de explicarle, enganchó con una abrochadora los 3 blisters de *las pastillas* al folleto, y se lo dio. Florencia no hizo preguntas. Solo escuchó. Guardó las pastillas en su cartera y sonrió, agradecida. Percibí sumisión, resignación y agradecimiento. “Dejá las pastillas durmiendo en la boca”, dijo Daniela haciendo mímicas y mostrándole cómo. “Ah, y te hago una consulta”, dijo Florencia. “La que quieras”, respondió Daniela. Florencia pregunta por el dolor. “Podés tomar Ibuprofeno junto con las pastillas, que no pasa nada. El ibu no se pelea con las pastillas”, explica Daniela. Todas nos reímos. Daniela era graciosa. “¿Cuándo lo vas a hacer?”. “Hoy”, respondió Florencia. Durante esta investigación observé un dato repetitivo difícil de ignorar. En las entrevistas a las mujeres que buscaban una ILE surgía la necesidad de inmediatez de abortar. Buscaban resolver ese pendiente lo antes posible. No presencié casos donde se intentó dilatarlo. Las mujeres que abortan no esperan de manera paciente, se convierten en agentes en sus experiencias

⁶⁴ El misoprostol elaborado por el Laboratorio Domínguez S.A se distribuye exclusivamente en el ámbito hospitalario y en centros de salud y su aprobación incluye el uso obstétrico.

⁶⁵ En la guía “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” (OMS, 2012), se detalla cómo se debe administrar el misoprostol para su uso abortivo y se recomienda dar información a las mujeres que manifiesten la decisión de abortar para reducir las complicaciones derivadas de abortos inseguros. Desde lo local, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), reconoció que el misoprostol ha tenido un “papel trascendental en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro” (FLASOG, 2013). Ambas recomendaciones apuntan al “aborto medicamentoso” como una práctica legítima y han contribuido significativamente a disminuir las consecuencias de abortos inseguros.

de aborto y el apremio no es sólo consecuencia del avance del tiempo de gestación sino también de la necesidad de resolver (Szwarc y Fernández Vázquez, 2018; Chaneton y Vacarezza, 2011).

¿Dónde van a estar los pibes?, preguntó Daniela. “Yo me voy con mi manada a su casa y ahí lo hacemos”, respondió Karina. Partiendo de la base que ni las tareas ni los beneficios del cuidado se distribuyen de forma equitativa en el conjunto de la población respondiendo a un orden estructural (Faur, 2014), recayendo mayormente en la mujer-madre, es preciso destacar que con estas preguntas, lo que pone en juego Daniela es conocer las condiciones de vivienda y cuidados de los hijos de Florencia y asegurarse que cuente con el sostén para ampliar las posibilidades de éxito de la interrupción. El cuidado de las/os hijas/os es una preocupación frecuente que pude observar durante mi investigación. En varias ocasiones, las mujeres mostraban temor a que “les pase algo” durante la interrupción, no tanto por ellas y su salud, sino por el cuidado de sus hijas/os asumido como responsabilidad de la mujer. Esa misma mañana había escuchado el relato desesperado de Estela: “No quiero ir al hospital porque tengo miedo que me digan algo, que me dejen internada. Y mi marido trabaja, y no lo dejan faltar. ¿Con quién la dejo a ella?” dijo, señalando a su hija, y especulando si su sangrado podría esperar dos días más, así llegaba el fin de semana y tendría con quien dejar a su hija.

¿Y cuándo vuelven?”, preguntó Daniela en tono firme, refiriéndose a volver al centro de salud para un *control pos ILE*, evento que implicaba no solo revisar la ecografía para asegurarse que no quedaran restos de la interrupción, sino para recomendar MAC. Daniela convocó a ambas a esa visita. Karina había prometido, luego de su ILE, volver para colocarse el chip. Florencia volvería a su control pos ILE. Sin darles tiempo para pensar o responder, dijo “Viernes a la tarde, 14 horas para el control pos”. Florencia asintió mientras escuchaba la lectura del consentimiento informado que Carolina, hasta ahora en silencio, le leía. Sin preguntas, ni explicaciones, Florencia lo acepta. “¿La eco te la querés quedar vos?”, le preguntó Carolina. “Nooo, se la quedan ustedes”, contestó

Florencia convencida, con expresión de “no quiero saber nada de esto”. “Y quedate tranquila que si vas a una guardia, ellos no tienen forma de darse cuenta de la interrupción”. En un sistema de legalidad restrictivo, informar sobre las precauciones, riesgos y advertir sobre los posibles maltratos formaba parte de la entrevista en la consejería. Además del misoprostol, Daniela le da ibupirac⁶⁶. “No hay reliveran⁶⁷ acá. Buscalo en la farmacia”. Para esta medicación de rutina, Daniela solicitaba que se acerquen a la farmacia a retirarla, poniendo de relieve la importancia que para ella adquiere asegurarse entregar la medicación para abortar “en mano” y dejar a consideración de la usuaria llevarse (o no) cualquier otra medicación, que consideraba secundaria.

Florencia se para y Karina también. Ambas agradecen a Daniela, a la residente y a mí, sonrientes. Se despiden con un beso a cada una y dejan el consultorio. Nos quedamos las tres, revisando la historia clínica electrónica en el monitor de la computadora.

“Hay que redondearla. A ver... Violencia del padre de sus hijos, el varón con el que estuvo no quiso usar preservativo, violencia sexual, trabajo informal, vulnerabilidad económica, está dispuesta a realizarlo de cualquier manera independientemente de su seguridad. ¿Te parece bien así?”, Daniela preguntó a Carolina, quien asintió.

Golpean la puerta del consultorio. Es Florencia. ¿Me podrías hacer un certificado?, le pide a Daniela. Florencia necesitaba justificar su ausencia en el trabajo durante el período que le lleve abortar y recuperarse. “No hay problema. ¿Qué pongo? ¿Gastroenteritis, faringitis? Te pongo reposo por 72 horas”, contestó Daniela sonriendo, evidenciando que este pedido lo recibe con frecuencia. “Gracias, muchas gracias”. Florencia vuelve a sonreír agradecida, “salvada” y se despide nuevamente. Una acción como ésta determinaba en muchos casos la diferencia entre poder y no poder interrumpir, perder un trabajo, ser estigmatizada, violentada y muchas cosas más. La complicidad, el conocer la situación y necesidad de la otra, tener el poder de ayudar y decidir hacerlo eran

⁶⁶ Se refiere al medicamento Ibuprofeno, un analgésico, antiinflamatorio, antifebril.

⁶⁷ Se refiere al medicamento que se indica para náuseas y vómitos.

cuestiones que no escapaban al equipo ni a Daniela, quien mostraba una particular empatía y conectaba rápidamente con la mayoría de las personas con las que la vi interactuar. Con una ley restrictiva, este tipo de estrategias se convertían en acciones críticas para navegar el sistema de salud. Algunas disputas con el sistema público de salud, en cambio, se habían ganado. Esa mañana, acompañé a Adriana en una visita de control pos. Cuando hizo la orden para la ecografía, leí en el recetario médico: ecografía “control post ILE”. Me sorprendió ver escritas las siglas de la práctica de ILE abiertamente. Adriana me explica,

“es que en una reunión de la red de Salud Sexual del (Hospital) Piñero, donde se reúnen médicos de todos los centros de salud que dependen del Piñero, se acordó empezar a poner en las órdenes de las eco “eco para control pos ILE” porque se supone que se habló con todos los ecografistas de allí y se llegó a ese arreglo, así no les hacen lío”.

Era un día bastante caluroso de noviembre. “Con este calor y vos ¡con esa panza!” le dije a Carolina, al salir del consultorio. La panza de Carolina revelaba varios meses de embarazo. A diferencia de Florencia, imaginé que Carolina tendría guardadas todas las ecografías que monitoreaban el paso a paso del desarrollo de su embarazo. Nada conocía sobre la vida de Carolina pero “deseado o no” había tomado la decisión de seguir adelante con su embarazo. Al analizar la tensión suscitada entre estas dos situaciones, Boltanski (2004) apela al uso de “categorías fetales” que distribuyen a los seres venidos a inscribirse *en la carne*⁶⁸ en función de si el feto está destinado a ser destruido (feto tumoral) o quedar confirmado por la madre, y por tanto, seguir desarrollándose (feto auténtico). El mismo “conjunto de células”, un mismo soporte físico alojado en un útero, es extremadamente valorado e integrado a un proyecto de vida cuando

⁶⁸ Boltanski utiliza esta expresión (*en la carne*) para referirse a la experiencia que se tiene de la carne en el curso del embarazo, en el relato del propio cuerpo en oposición al concepto de palabra. Para Boltanski, lo que distingue a los seres que se desarrollan *por la carne* de los seres confirmados *por la palabra*, es la confirmación de la madre. Así la madre hace que se sustituyan los seres reemplazables (meros fetos que crecen en la carne) por seres singularizados, irremplazables (Boltanski, 2004).

está llamado a proseguir hasta el nacimiento, y por otro, su extrema desvalorización no susceptible a integrarse a ningún proyecto o intención (Boltanski, 2004). Florencia no quiere conservar la foto de “su no proyecto”. Ese “no nacido” debe dejar en el mundo el menor número de rastros posibles, aunque solo fuera en la memoria de la madre, y ya que no puede desaparecer de la de la mujer que lo lleva, debe evitarse que figure al menos en la de las demás. Para Boltanski, se hace todo lo necesario para no convertir en él sino el menor número de representaciones posible, a no ser, justamente, las que lo asimilan a un tumor cuyo crecimiento responde a una lógica ciega y que, por tanto, ha de ser extraído antes de que alcance un tamaño capaz de convertir la operación en algo irrealizable. Y no solo se evita atribuirle un nombre propio, sino que se elude incluso designarlo con algún término de carácter clasificatorio, lo que Boltanski llama una operación necesaria de aniquilación ontológica (Boltanski, 2004). Durante la entrevista, ninguna explicitación surgió sobre un “embarazo a interrumpir”, ni tampoco se nombró qué se interrumpía o se buscaba interrumpir. La ecografía constituye una situación pertinente para ver cómo se verifica la construcción de la distinción entre el *feto auténtico* y el *feto tumoral*. Pese a que el acto médico es el mismo (el de ecografiar), la relación que establece la mujer embarazada según el destino de ese embarazo es diferente. Así, la carpeta forrada de papel color verde con lunares blancos del equipo de SSyR del centro, reservorio de notas, protocolos, formularios, en síntesis, *la testigo* del armado de la consejería, esa “bebé” que sí nació y sigue creciendo, tenía un folio repleto de ecografías de fetos no nacidos. En esta entrevista fue posible observar diversas prácticas formales y también informales que se materializaron en la certificación de enmarcar un caso de aborto en un caso de ILE a través de la *causal salud*, permitiendo que Florencia obtenga así *las pastillas* para abortar. Este pasaje que inscribe a una persona, a una mujer, en la dimensión legal rescatándola de la ilegalidad, encarna los modos en que la política define a sus destinatarias: las ILE. Así, una vez convertida en ILE, delimita y ordena sus pasos a seguir para cumplir con las previsiones de la política pública: la vuelta al centro para

implementar la AIPE. Sin embargo, las acciones y estrategias analizadas en este apartado no se verifican como definitivas, ni cristalizadas ya que quienes median la implementación de la política en sus diferentes aristas son agentes efectores con distintos intereses, lógicas y formas de interpretar y gestionar la política y de interaccionar con las actrices y actores que a su vez contribuyen a reinterpretar y actualizar sentidos.

3. Los desafíos de garantizar la política de anticoncepción

“Estoy con el auto, ¿te llevo?” Acepté el ofrecimiento de Daniela, que me ahorraría un buen tramo de viaje en colectivo. El viaje en colectivo desde el centro de salud hasta mi casa era de una hora y media. Pero sobre todo acepté para seguir conversando con ella. Daniela buscó sus cosas, saludó a toda persona que se cruzó en su camino de salida - Daniela era extrovertida, conversadora, y amigable con las/os trabajadoras/es del centro y toda persona con la que la vi interactuar - y caminó conmigo hacia su auto, estacionado a mitad de cuadra del centro. Tuvimos que bajar las ventanillas para que circule el aire caliente que se había acumulado dentro durante horas. La radio se encendió al encender el motor. Daniela bajó el volumen al mínimo, pero no la apagó. Revisó su teléfono, contestó algunos mensajes acumulados y arrancó el auto. Inmediatamente, nos pusimos a conversar. Ambas nos quedamos enganchadas con el caso de Florencia y Karina.

“Karina se va a poner el chip, ¿viste? Está habiendo muy buenos resultados con la anticoncepción de larga duración. Hay un estudio sobre esto, se llama Milena / Choice⁶⁹. Es un estudio yankee que dice que *la que va* son los

⁶⁹ El proyecto *CHOICE* es un estudio de cohorte prospectivo que se llevó adelante en Saint Louis, Estados Unidos, que inscribió entre agosto 2007 a diciembre 2008 a 9.256 mujeres entre 14 y 45 años de edad que no querían buscar un embarazo por lo menos durante un año (larga duración) y estaban dispuestas a comenzar una nueva forma de anticoncepción reversible (Secura et al. 2010). El estudio se realizó en respuesta al bajo interés de las usuarias de MAC en métodos de larga duración y se enfocó en la eliminación de las barreras para su uso: el costo y la falta de información. *CHOICE* brindó capacitación a los equipos de salud priorizando el asesoramiento anticonceptivo, la inserción el mismo día (para evitar que tengan que volver a la consulta) y apoyo anticonceptivo posterior a la visita para las participantes, quienes eligen luego su MAC libremente el cual es entregado en forma gratuita. La investigación encontró altas tasas

métodos de larga duración. Los números son buenos. Lo hicieron en 10.000 mujeres. Es un montón. Yo cuando leí ese estudio dije bueno ya fue. 10 mil minas y en Estados Unidos que tiene otra posibilidad de acceso y demás. O sea.... yo estoy convencida, para mi aparte la ciencia me dice, más allá de la experiencia. 10 mil minas, las siguieron al año, quiénes seguían con esto, quiénes no. Obvio seguro que puso guita el laboratorio, pero no me importa que al MILENA lo hayan financiado. Y la verdad es que en la práctica ves eso. Yo hablo bastante con Ana de este tema. Viste que ella es psicóloga. Hablamos un montón sobre métodos de larga duración y los resultados que tienen. El estudio dice que bajó la tasa de embarazos, pero no estoy tan segura de las cifras”, me cuenta. “¿Y sabemos cuáles son las razones?”, le pregunté. “Es el *chip*, son las pibas. Traen a las amigas. Todas vienen a través de amigas. Se puso de moda, viste como que tiene esta cosa.... Es muy empático. Vos venís 5 minutos, te lo ponen, no te abren de patas, no te ponen en bolas. Y el chip tiene eso,...es maravilloso. Son 3 años que te olvidás... La autonomía que te da es muy genial. Las nutricionistas dicen que hay que ver porque el chip engorda, quieren hacer estudios. Pero que no jodan. Funciona, ¡no metamos la idea de que engorda!” “Y, ¿qué onda las ginecólogas con esto?”, le pregunto. “Las ginecólogas son re anti-chip”, me contesta, sin más explicaciones.

Como mencioné en el capítulo 1, la promoción y difusión de la AIPE y de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración en especial del implante subdérmico (el *chip*) era una iniciativa fuertemente impulsada por el Programa del Ministerio de Salud de la CABA. Daniela se refirió *al chip* con optimismo. En

de aceptación de los métodos de larga duración (75%) y de continuidad (77% a los 2 años). La tasa de continuidad de un MAC es clave para lograr una alta eficacia. Además encontró que las usuarias de métodos de corta duración tenían más de 20 veces más probabilidades de tener un embarazo no intencional que las mujeres que usaban un método de larga duración (McNicholas, 2014; Mazza, 2016). Se vio que el 72% de las adolescentes (14 a 19 años) eligieron los métodos de larga duración y el 67% de ellas seguían usándolo 24 meses después (O'Neil, 2013). Esta alta tasa de uso de los métodos de larga duración se tradujo en una reducción del 79% en las tasas de embarazo en adolescentes en ese país (Secura, 2014). Para la mayor adhesión y continuidad en el uso, mostraron que la consejería en SSyR resultaba crucial (explicando la eficacia, sus beneficios y nada menor, eliminando las barreras del costo), y los efectos secundarios relacionados con su uso se constituyeron como su principal debilidad, mayormente alteraciones en el sangrado menstrual (Peipert, 2011), aumento de peso (Sznajder, 2017; Lopez, 2016), dolor pélvico y cambios de humor (Sznajder, 2017; Blumenthal, 2008). Pero el estudio *CHOICE* encontró evidencia que las mujeres que recibían asesoramiento sobre los posibles efectos secundarios eran más propensas a continuar usándolos, demostrando la importancia de las consejerías para la mayor adhesión y continuidad en el uso. <https://contraceptivechoice.wustl.edu/>

sus propias palabras: “¡Funciona! ¿Por qué entonces las ginecólogas eran *anti-chip* y reticentes a recomendarlo habiendo estudios que lo avalan como “beneficioso”? ¿Cómo se manifiesta esta diferencia de posiciones en términos de cumplimiento de la política en su acción por garantizar el acceso a métodos? Quiero decir, si bien las ginecólogas ejercían sus prácticas por fuera del dispositivo de la consejería, ¿qué sucedía con el acceso a anticoncepción? ¿Cuáles eran sus prácticas? Acaso en términos de métodos, ¿la política de acceso estaba pensada para ser cumplida en el dispositivo de consejerías en SSyR exclusivamente? Dado que la estrategia de AIPE pos parto/cesárea se garantiza exclusivamente en instituciones de salud del segundo nivel (hospitales), donde ocurrían la enorme mayoría de partos y cesáreas, y las ginecólogas del centro no garantizaban ILEs, el consultorio ginecológico parecía quedar exento de ser un espacio que respondiese a las recomendaciones, lineamientos y acciones determinadas por la política que regulaba el accionar del equipo y la consejería que llevaba adelante. La política de acceso a salud sexual promovida por *el Programa* y por el Ministerio de Salud de la Nación quedaba configurada a través de cierta indefinición estatal y escasa regulación lo cual afectaba la dinámica y organización en el territorio y quedaba librada en mayor o menor grado a las/os profesionales de la salud que no estaban obligadas/os a garantizar sus objetivos (Fernández Vázquez, 2017; Crojethovic, 2010). ¿Qué significaba entonces “las ginecólogas entregan métodos y nos derivan ILEs”? Escuché por Adriana - y figuraba en las notas de la carpeta verde del equipo – que tenían pendiente una reunión con ellas para acordar sobre cómo informar la cantidad de *chips* colocados en el centro ya que era un método anticonceptivo con número de serie controlado rigurosamente por *el Programa*. La visión sobre el uso del *chip* y su consideración en las prácticas parecía ser otro punto de divergencia y posicionamiento entre el equipo y las ginecólogas. ¿Qué tenía de particular este método, tan controlado sin embargo tan promovido por *el Programa* que había enamorado a Daniela? Desde el entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, se realizó en el 2018 un estudio con el fin

de producir evidencia local (*CHOICE* era un estudio norteamericano) sobre la adherencia al implante subdérmico de adolescentes y jóvenes sin obra social o prepaga que hubieran tenido al menos un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el año previo a la colocación⁷⁰. Los resultados fueron plasmados en un informe⁷¹ que mostró que el implante subdérmico (incorporado en la lista de insumos en el sector público en el año 2014) y el dispositivo intrauterino (DIU) eran considerados los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces debido a su baja tasa de falla intrínseca (menor al 1%), y a que, a diferencia de otros métodos reversibles, no dependen del comportamiento de la usuaria, en otras palabras, la usuaria no puede alterar la eficacia del método. Además, una vez suspendidos, la fertilidad se recupera rápidamente⁷². Una de las ventajas que se atribuye al implante es que no se coloca en el útero⁷³, a diferencia del DIU que necesita contar con un consultorio por un determinado período de tiempo y

⁷⁰ En un primer momento, se priorizó como población destinataria del implante a las adolescentes de 15 a 19 años sin obra social o prepaga que hubieran tenido al menos un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el año previo a la colocación y que residieran en las jurisdicciones que presentaban las mayores tasas de fecundidad adolescente (Buenos Aires, Formosa, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero, Tucumán). A partir del año 2015, el Programa extendió este insumo a todas las jurisdicciones del país ampliando la población destinataria a las mujeres, adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, sin obra social o prepaga, hubieran tenido o no un evento obstétrico. Se evaluaron 1.101 adolescentes y jóvenes que al momento de colocarse el implante, en el año 2015, tenían entre 15 y 24 años. Se trabajó en efectores públicos del subsistema público de salud y de las que se tenía registro informado y dato telefónico de contacto. La fuente de información proviene de las bases de implantes subdérmicos colocados, enviadas periódicamente por la/el responsable del Programa de SSyR de cada una de las provincias a la DSSyR.

⁷¹ Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Elaborado en Noviembre, 2018. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe_implante.pdf

⁷² Long acting reversible contraception: Implants and Intrauterine devices. ACOG PRACTICE BULLETIN. Number 186. November 2017.

⁷³ El implante subdérmico o *chip* es una varilla de plástico, flexible (de 4 cm de longitud, 2 mm de diámetro) que libera la hormona progestágeno en forma continua inhibiendo la ovulación durante 3 años. Su mecanismo principal de acción es la inhibición de la ovulación (Croxatto, 2002). Se lo coloca debajo de la piel del brazo con anestesia local. Posee un aplicador estéril y descartable para su colocación.

realizar controles periódicos⁷⁴. El implante no requiere controles periódicos, permitiendo un mínimo seguimiento, lo que facilita su uso en mujeres que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud en forma continua. Esta información dejaba en claro que había una evidente división disciplinar que cada grupo sostenía, una retórica no compartida resultado de una disputa de poder: las ginecólogas contaban con el consultorio especializado y el *expertise* necesarios para colocar el DIU, mientras que el equipo, no.

“Tenemos muy poco espacio, es un tema edilicio. Eso nos complica con la puesta del DIU, que lo terminamos ofreciendo menos, aunque funciona muy bien, porque no tenemos consultorio disponible para colocarlo”. (Extracto de una conversación que tuve con Adriana, médica generalista del equipo, durante un almuerzo en el SUM).

Las médicas generalistas no utilizaban el consultorio de las ginecólogas, y como mostré, conseguir un consultorio para atender a la consejería era “una aventura”, en parte por los modos de atención espontáneos, en parte por los obstáculos relacionados con el espacio, en parte por la división y asignaciones del espacio disponible a las distintas disciplinas. Se habían instalado así, al decir de Bourdieu (1994), campos de acción definidos por la posesión de una forma específica de capital, propia del campo en cuestión, con sus reglas específicas. El conjunto estructurado de los campos, en este caso el del equipo y el de las ginecólogas, que incluye sus influencias recíprocas y relaciones de dominación, define la estructura social del centro en términos relativos a la implementación de la política, donde de alguna manera las actrices (y actores) compiten por los beneficios específicos asociados al mismo.

“La cantidad de estudios que muchas veces se piden antes de colocar un DIU por ejemplo, que por ahí científicamente está comprobado que no hay que pedir, y sin embargo se piden igual y que se obstaculiza el acceso al método”. (Extracto de una conversación que tuve con Daniela).

⁷⁴ El DIU es una estructura pequeña de plástico en forma de T que tiene un hilo de cobre (libera cobre). Su mecanismo de acción es inhibir la migración y la capacitación espermática para evitar la fertilización del óvulo. Se lo coloca en el útero, donde impide el embarazo durante 5 a 10 años.

Con este comentario, Daniela buscaba que quede explicitado su desacuerdo con los modos de acción, equivocados para ella, de las ginecólogas, profundizándose la disputa.

El equipo, al menos con quienes tuve la oportunidad de conversar sobre el tema, reconocía que *el chip* presentaba algunos problemas.

“El chip engorda...., muchas engordan, pero hay muchas que tampoco les importa. Da muchas alteraciones en el ciclo que a las chicas más jóvenes tanto no les calienta porque no tienen asociado esto de “si no me indispongo es porque estoy embarazada”. Las más grandes te dicen “no, ¿pero cómo no voy a menstruar? Si no menstruo, ¿dónde se me va la sangre? ¿Dónde se me acumula? ¿Cómo sé que no estoy embarazada?” Pero esas son las que tuvieron un montón de hijos que tienen esa cosa tremenda y angustiante de asociar “si no me viene es porque estoy de nuevo embarazada”. A las pibas mas jóvenes no les pasa, no tienen esos miedos”. (Extracto de una conversación que tuve con Daniela).

Sin embargo, la disputa entre ambos grupos (equipo y ginecólogas), que respondían a sus campos de acción, se sostenía y evidenciaba en las prácticas, como mostré.

“El *chip* tiene bastante resistencia con los ginecólogos. Eso también es así, porque “¿cómo vas a alterar el ciclo!” te dicen, como si el ciclo, bueno.... Esa cosa del ciclo... O sea, la obstétrica interviene el cuerpo todo el tiempo. No me vengas a decir.... porque la violencia obstétrica existe... Cuando les viene como más seguido (refiriéndose a este goteo constante), es medio kilombo. Que no son la mayoría..., pero a las que les pasa, es como que los ginecólogos por ahí lo que les llega es a la que le pasa eso. Entonces hay un sesgo de representatividad ahí que tiene que ver con la disciplina, o sea, estás formateado... No lo piensan a nivel epidemiológico, ¿viste?” (relato de Daniela, médica generalista del equipo).

En el contexto que ofrecía el centro, y como consecuencia de cómo estaban administrados, gestionados y disputados los recursos, se habilitó una apropiación diferencial de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración recomendados por la política. Esta división en cuanto al ofrecimiento del recurso en cada espacio ocurre en detrimento de la libre elección del método que se ajuste al estilo de vida, vivencias sexuales e historia reproductiva de las destinatarias y en consecuencia, de la “exitosa” implementación de la política en

tanto objetivos de autonomía y derecho a decidir libremente y quedaba, al menos en parte, supeditada al contexto de disputa entre el equipo y las ginecólogas.

Por último, interesantemente, el estudio concluye que “el implante es un método anticonceptivo ampliamente elegido y elegible por las adolescentes”. Acá valdría sumar, para evitar universalizar al colectivo “adolescentes” como si se tratase de una población homogénea, que el implante no es elegido por todas las adolescentes, sino por aquellas incluidas en el estudio, es decir, las adolescentes usuarias del sistema público, un recorte de clase significativo, dadas las diferencias en los indicadores socio-económico por comunas⁷⁵. De hecho, recién a partir de noviembre del 2019 se obtuvo la plena cobertura (cobertura al 100%) del implante por todos los subsistemas de salud, incluyendo el sector privado, las obras sociales y empresas prepagas nacionales⁷⁶. Hasta ese momento, solo estaba *disponible* de manera gratuita para la población usuaria del sistema público de salud que en su gran mayoría no cuenta con obra social ni prepaga.

En una visita al consultorio de mi ginecóloga, médica de la prepaga OSDE, una de las más costosas del país, le pregunto: “¿Vos colocás chip?” (asumiendo su gratuidad en el sistema de empresas prepagas y con una enorme curiosidad acerca de qué ocurría con las “otras adolescentes”, las que sí tienen prepagas). Piensa unos segundos, descolocada por la pregunta. “¿El implante subdérmico, colocás?”, le repito. “Ahhh. No le llamamos chip nosotras, le llamamos implante

⁷⁵ La CABA está atravesada por profundas desigualdades sociales y económicas que se observan a nivel territorial, y que determinan no solo el estado de salud de la población sino también sus posibilidades de acceso a los servicios. Uno de los aspectos donde esto se verifica es en el porcentaje de cobertura pública exclusiva, es decir personas que no cuentan ni con obra social ni con cobertura de medicina privada, y por lo tanto, su única cobertura en salud es la que provee el sistema público de salud de la Ciudad y/o el gasto privado de bolsillo (Pistani, 2016). Para el año 2015, ese porcentaje era de 15,3%. Sin embargo, cuando se desagrega este indicador por comuna, se observan profundas diferencias. La Comuna 2 (perteneciente al barrio de Recoleta ubicado en la zona norte, la zona más rica de la ciudad) cuenta con un porcentaje de cobertura pública exclusiva de 4,7%, número que contrasta con el 44,8% de la Comuna 8 (pertenecientes a los barrios de Villa Lugano, Villa Soldati y Villa Riachuelo ubicados en la zona sur de la Ciudad) (DGEyC, 2015).

⁷⁶ La incorporación de los métodos de larga duración al Programa Médico Obligatorio se realizó a través de la resolución 2922/2019 publicada el 7 de noviembre del 2019 en el Boletín Oficial. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/220877/20191107>.

subdérmico, para no confundir con el otro chip, el chip sexual”⁷⁷, me dice y ahora la desorientada soy yo que desconocía la existencia de este otro “chip”. Me reí. ¿En serio?, le dije, pensando en las diferencias de contextos, clase y mundos, y naturalizaciones de conceptos y en ese “nosotras” referido a “las ginecólogas”.

“Yo casi no pongo chip acá en el consultorio. Es que es muy caro. Es importado, y entre eso y la colocación, tengo que cobrar la colocación igual o más que lo que vale el implante. El Estado puede porque viste que ellos tienen licitaciones, partidas. Además acá están muy acostumbradas a las pastillas las pibas. Las traen las madres por primera vez y medio que terminan usando lo que ellas usan”. (Extracto del relato de la médica ginecóloga de la prepaga OSDE)

Este episodio da cuenta de las diferencias de prácticas en las distintas esferas sociales e ilustra que los argumentos desarrollados deben en toda ocasión ser puestos en contexto.

4. “Te ponés el chip y te olvidás”. ¿El triunfo de la estrategia de AIPE?

Un martes llegué al centro de salud alrededor de las 10:30 de la mañana. La sala de espera no estaba muy llena, pero sí caótica. Roberto me ve y se acerca para saludarme. Estaba siempre pendiente de mis llegadas y mis salidas. “Mirá que no hay nadie, eh”, me dice. “Hablé con Daniela y ella ya sabe que vengo. Voy para el SUM”, le dije, esperando encontrarme allí con alguien. “Pero no hay nadie en el SUM”, me dijo. “Me quedo por acá entonces, en la sala de espera”. “No, no, pasá, pasá, Dani está atendiendo acá en la Enfermería”. ¿En la Enfermería?, le pregunté sorprendida porque se solía atender en consultorios. Me sonrió irónicamente. “Vení, vení” dijo y empezó a caminar para que lo siga. Roberto abrió la puerta de la Enfermería y ahí estaba Daniela atendiendo. “¡Hola Andre! ¿Cómo estás? Estoy acá porque no tengo consultorio. Un desastre. Pasá Andre, sentate”. La saludé y me senté en una silla que encontré, entre dos camillas,

⁷⁷ El “chip sexual” se basa en la colocación de pellets subcutáneos que contienen hormonas, en general testosterona. Su función es la de incrementar el deseo sexual y en el caso de las mujeres, es beneficioso para ayudar a sobrellevar la menopausia. Se coloca debajo de la piel, en la zona glútea, mediante una pequeña incisión en la piel que liberará hormonas progresivamente a lo largo de 4 o 6 meses.

intentando no molestar, pero el espacio era tan chico que fue imposible. Daniela estaba con Delia, de 58 años que consultaba por un dolor y adormecimiento en la pierna y el brazo. Pero también había un joven de alrededor de 25-28 años, el enfermero. Ellas seguían hablando, mientras la gente golpeaba la puerta, entraba y salía, interrumpiendo constantemente. La naturalidad con la que se tomaban la falta de privacidad, las interrupciones y la imposibilidad de un espacio de escucha ininterrumpido me sorprendía cada vez. ¿En qué se convierte la escucha y la atención en estas condiciones? Daniela despide a Delia. Ambas salimos hacia la sala de espera. “Tengo una reunión y recién vuelvo a las 2. Hoy vienen Karina y la amiga a ponerse el chip”, me dijo contenta. “Perfecto. Me quedo por acá afuera mientras tanto”, le contesté. No obstante, su comentario me dejó pensando. Había registrado que Karina volvería por su chip, pero ¿Florecia también se colocaría el chip? Entendí que Florecia volvería a su control pos ILE y allí se dialogaría sobre MAC.

Una hora más tarde, veo a Daniela entrar a la sala de espera. “Acá está Florecia”, me dijo contenta. Daniela no estaba segura que realmente fuese a volver. “Y la otra ¿no vino?”, preguntó Roberto, en tono risueño, refiriéndose a su amiga Karina. “Y parece que no...”, dijo Daniela ante la falta de respuesta de Florecia y siguiéndole el juego a Roberto. Esperábamos que ambas amigas vuelvan a colocarse el chip, según me había dicho Daniela. “A ver si encontramos un consultorio... Uy, mirá, éste está vacío y todo. Es que pedí que me dejaran un consultorio libre y mirá, me dieron bola”, dijo Daniela. Es la primera vez que escuchaba que alguien del equipo había reservado consultorio. “Bueno, acá estamos. Me voy a buscar el chip”, dijo Daniela sonriente mientras salía del consultorio. Florecia no había vuelto al centro ese viernes como había quedado al control pos ILE, sino que solo pasó unos minutos por allí para contarle a Daniela cómo había resultado la ILE y evidentemente acordaron otro día para volver a colocarse el chip. Y yo, que esperaba volver a verla ese viernes, me perdí la ocasión de presenciar ese diálogo y la decisión por parte de Florecia de colocarse el chip. Entendí que muchas veces las visitas “arregladas” para un día

terminaban no ocurriendo y se concretaban cualquier otro día, espontáneamente. “Un día vuelven, y ya”, se le escuchaba decir al equipo, no sin irritación y frustración. Este grado de espontaneidad, sumado a las frecuentes cancelaciones de turnos de las destinatarias que muchas veces se terminaban resolviendo sin planificación, impidieron en varias ocasiones el seguimiento de sus trayectorias reproductivas en torno a la política, algo que tenía planeado explorar con más detalle en este trabajo de investigación.

Conecté con Florencia desde el día que la conocí. Su ternura, honestidad, y madurez me conmovieron. “Traje *la eco*”, me dijo, mientras la sacaba de su cartera y me la mostraba. Me pasaba seguido que se referían a mí como a una integrante más del equipo. No me identificaban como una extraña, sino como alguien a quien consultar. Florencia me leyó el informe de la eco que decía que “estaba vacío”. “Ah, ¡qué bueno!”. Y, ¿cómo te sentís, cómo estás?” le pregunté.

“Bien, salió todo bien, pero me siento un poco mal. Un poco culpable, no sé.... Es que no podía, yo la pasé mal con el primero, con la panza de acá para allá y después con el segundo. Sola, cuidándolos, trabajando. Cuando estás sola, los tenés que mantener. A veces llevo a los nenes al trabajo, y a veces los dejo solos en casa, que igual está arriba nomás”, me contestó.

Notaba en las consultas la imperiosa necesidad de justificar las razones por las que se estaba abortando. Aún sin que se pidan explicaciones, explicaban. Con todo el cuestionario impuesto por el que había que transitar para armar *la causal*, y la idea de clandestinidad merodeando, la culpa y las múltiples y variadas justificaciones aparecían casi como una regla. Florencia estaba aliviada, la noté reflexiva, atenta. Tenía los labios pintados de rosa fuerte, fucsia quizás, y un colgante con 2 dijes representando a sus dos hijos que se tocaba todo el tiempo. Mientras esperábamos a Daniela le pregunté cómo había salido su ILE.

“Salió bien, un alivio, porque tenía miedo a que me pase algo... Me dijeron tantas cosas, una mujer me habló de una sonda y unas pastillas, me explicó todo. Pero bueno, yo después hablé con Karina, y vinimos para acá, y Daniela me explicó todo re bien. Y seguí todo lo que ella me dijo. Sabés que vi como un saco caer, después que tomé las primeras 4. Así como me había explicado ella”.

“¿Tomaste todas las pastillas hasta el final, no?”, le pregunté, inquieta, pensando que quizás al ver el saco gestacional detuvo la toma. “Sí, sí”, me respondió. “Okey”, dije y sonreí, aliviada. Daniela entró y salió del consultorio varias veces asegurándose tener todos los elementos necesarios para la colocación del chip. Se notaba su ansiedad. Mientras tanto, yo aprovechaba para interactuar con Florencia. Florencia parecía de más edad de la que tenía en su manera de expresarse, y en su actitud. Parecía tomarse las cosas con responsabilidad, seriedad y confiaba plenamente en Daniela, y en mí. Me sorprendían su entrega y confianza hacia las profesionales de la salud e incluso hacia mí, en asociación con ellas, y la ausencia de preguntas o cuestionamientos o enojos ante ninguna de las indicaciones o comentarios.

Daniela se sentó en el escritorio frente a la computadora, y buscó la historia clínica de Florencia. “Che, ¿y qué pasó con Kari?”, le preguntó. Florencia se puso seria, aún más seria de lo que estaba y respondió preocupada:

“Nos peleamos. El otro día salimos a bailar a un boliche. Yo no quería, pero Karina insistió, entonces fuimos. Karina se puso muy en pedo, tomó mucho mucho, y después nos fuimos con unos chicos a su casa. Yo tenía miedo por las nenas de ella, que estaban ahí. Me las llevé a la habitación del fondo, discutí con Karina y me fui. ¡Mirá si a uno de ellos se le da por tocar a las nenas!”.

“Mmmm, se la dio en la pera. Bueno..., qué se va a hacer... ¡vamos a ver esta eco! ¡Está perfecta! Acá no quedó nada”, dijo Daniela contenta. Florencia se hizo la eco nuevamente en Cruz Azul, el centro médico privado del barrio. “Para el chip necesito pesarte, medirte y tomarte la presión. Vamos a la balanza”. Florencia obedeció. Daniela le hablaba a Florencia pero sobre todo me hablaba a mí. El chip viene en un blister y tiene un número de serie. Daniela dio instrucciones a Florencia sobre los datos del chip:

“Tomá este cartoncito que tiene todos los datos del chip. Ahí le agrego tu nombre y tu DNI. Este cartoncito guardalo como si fuese un documento. De todas maneras, la información sobre tu chip la vas a tener vos, la completo acá en este papel (un registro para el Ministerio), y queda en la historia clínica. Pero guardalo bien”.

Daniela repitió la información varias veces repasando para ella misma los pasos a seguir y asegurarse que todo esté yendo bien. Sentí que se trataba de algo especial, una especie de ritual que no ocurría con frecuencia y que requería todos sus cuidados y atención.

“Ah, ¿te dije que con el chip no menstruas, no? Es muy probable que no menstrues”, dijo Daniela. “Sí”, respondió Florencia, en un gesto que me pareció automático. No se había hablado nada sobre los posibles efectos secundarios del chip. ¿Habrás escuchado bien?, ¿habrás entendido?, me pregunté al ver su semblante. ¿Todo bien con eso?, le preguntó Daniela. “Sí”, respondió Florencia. “Bueno, ¿vamos? Acostate (en la camilla). ¿Cuál es el brazo que más usás, con el que escribís? Así, lo ponemos en el otro. Lo que más jode es el pinchazo de la anestesia. Después vas a ver que no vas a sentir nada”. Florencia sonrió nerviosa mientras se acostaba en la camilla. Daniela le aplicó anestesia con una jeringa en segundos. “Ahora esperamos un rato hasta que la anestesia haga efecto, ¿sí?” Me quedé lo más cerca que pude de ellas. Me conmovía estar ahí acompañando a Florencia y también a Daniela. “Y ¿por qué te cabe el chip, Florencia?”, aproveché a preguntarle en este rato de espera que teníamos. “Porque me estaba poniendo las inyecciones⁷⁸, pero son muy caras. Ir todos los meses... Y no sabía del chip. Aunque me voy a cuidar con preservativo también, porque lo otro con el chip no se cubre”, me contestó como si estuviese repitiendo la lección aprendida en algún lado. ¿Vos en general llevás preservativos con vos?, le pregunté. “Y... a veces”, me contestó. “¿Cuánto tarda la hormona en distribuirse para estar protegida seguro seguro?” le pregunté a Daniela. “Una semana”, me contestó. “Ah, bien. O sea, estos días hay que usar preservativo”, dije. “Si...” me contestó Daniela. “Tengo una amiga que también se lo quiere poner, pero ella no tiene documento. ¿Puede venir igual?” preguntó Florencia, mientras esperábamos que la anestesia hiciese efecto. “Siii...¿Ella de dónde es?”. “De Paraguay”. “Que traiga su documento de Paraguay, con eso, se lo ponemos” dijo

⁷⁸ Se refiere al método anticonceptivo inyectable, que se aplica de forma intramuscular una vez al mes siempre en la misma fecha calendario. Los más usados en la actualidad combinan un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada.

Daniela. Daniela me miró y me dijo “es que en el hospital no hacen nada si no tenés documento. Igual está bueno que lo saque, pero para ponerse el chip, que venga, ¡decile que venga! Se lo ponemos con lo que tenga (risas)”. “Al centro viene casi toda población migrante, diría que 65% bolivianos, luego, mitad paraguayos, mitad argentinos. Algunos hace años que viven acá, otros no, depende”, me había explicado una de las residentes en nutrición del centro una tarde que coincidimos en el SUM, cuando daba su taller de nutrición. En este trabajo de tesis no voy a problematizar la cuestión de acceso al sistema de salud de poblaciones migrantes, sin embargo, es un factor que hace a la caracterización del funcionamiento del centro de salud, y a las aspiraciones y desafíos del sistema de APS en general, y de este centro de salud en particular.

Daniela llenó los papeles que la colocación del chip requería. El chip llevaba un control muy estricto sobre a quién se le colocaba, cuándo, y datos varios tanto de la usuaria como del centro de salud. Es un MAC totalmente institucionalizado. “Bueno, vamos a ponerlo”. Lo sacó del blister y nos lo mostró. “¿Ven? Trae un colocador y va por debajo de la piel. Es subdérmico”. No habían pasado tres minutos que el implante subdérmico ya estaba colocado y había empezado a liberar la hormona que haría de anticonceptivo de larga duración en el cuerpo de Florencia. “¿Dolió?”. “Nada”. “Mirá, tocáelo. Acá está. Mirá, tocalo Andre. Después para sacarlo, lo sacamos del otro lado”. Toqué el brazo de Florencia suavemente, mientras le sonrío. “¿Y qué pasa luego de los 3 años?” pregunté, buscando la explicación de Daniela. “Bien ahí”, dijo entusiasmada y en camaradería conmigo, reconociendo aprovechar mi pregunta para dar información que quizás se había olvidado dar. “Luego de 3 años, ¡ponemos otro! Y así, y si en algún momento querés tener más hijos, lo sacamos”. “No, no quiero tener más hijos”, dijo Florencia, tapándose los ojos todavía acostada en la camilla. Daniela le puso una venda adhesiva en el brazo, donde colocó el implante. “En un rato, cuando se te vaya el efecto de la anestesia, me vas a putear. Ahí, te tomás un ibuprofeno”. Risas. “Bueno, ¡listo! Levantate despacio”. Florencia se incorporó en la camilla y lentamente volvió a la silla. Daniela al

escritorio y yo, a la camilla. “Vamos a sacar de acá la palabra ILE”, dijo Daniela, refiriéndose a lo que se leería al abrir la historia clínica electrónica de Florencia. Me acerqué a la compu para ver a qué se refería.

“Acá afuera, ves, en este menú de la historia clínica electrónica está la lista de cosas que se hizo Florencia. Vamos a borrar de acá afuera la palabra “ILE”, así no la joden cuando abran la historia clínica en otro lado. Porque esta historia la pueden ver todos. O sea, la información de la ILE queda en la historia. Sólo lo borro de acá afuera, de esta solapa. ¿Ves? Así no la tienen tan a mano. ¡Listo! ¡Ya está!”.

Esto a lo que hace referencia Daniela formaba parte de una de las tantas estrategias que tenían desde el equipo para facilitar a las usuarias la circulación dentro del sistema de salud público, para que desde los servicios de salud no las incomoden, maltraten, manifiesten reprobación ante la decisión tomada de abortar o generen terror de que algo les va a pasar o van a ir presas.

“¿Te quedás con la eco?” le preguntó Daniela. “No, te la dejo” contestó. Florencia dejó en el centro de salud sus dos ecografías, la que revelaba su embarazo, ese que nunca pudo o quiso nombrar, y la que mostraba que ese embarazo había terminado en un aborto, algo que tampoco pudo o quiso nombrar. “Sos muy valiente”, le dije, sin pensarlo. Me conmovió. Vi en ella a alguien que pedía ayuda, que escuchaba, que buscaba aprender cosas que no sabía, y tomaba sus decisiones. Y también a alguien obediente que preguntaba poco, aunque escuchaba mucho. Florencia salía a bailar y tomaba. Pero sabía hasta cuándo. Quedó embarazada y abortó. Su primero, según nos contó. Expresó con claridad que no quería tener más hijos. “Decile a tu amiga que venga”, insistía Daniela. Florencia sonrió, juntó sus cosas y empezó a prepararse para irse. Me abrazó fuerte, emocionada y agradecida. Se me llenaron los ojos de lágrimas. Saludó a Daniela, y se fue. Poner ese chip fue una aventura de complicidad entre las tres. En lo personal, me sentí parte. Daniela se sintió cómoda conmigo, o eso sentí, y creo que le gustó que lo hagamos juntas. Se sintió acompañada, y contenta de mostrarme, que yo sepa, que entienda, que *la entienda*. Una suerte de acompañamiento en el terreno donde tomaba cuerpo la

vulnerabilidad. En este terreno, Karina no volvió a ponerse el chip. Ni inmediatamente luego de abortar, ni cuando acompañó a su amiga Florencia a abortar, ni cuando Florencia volvió al centro a colocarse el chip. Algunas *ILE* no quieren volver, y no vuelven.

5. El fracaso de la política de AIPE: “No vino, ¿ves? No vuelven”

“Ayer vino a última hora una piba. Estaba Adriana. Necesitaba la medicación. Adriana me viene a pedir medicación, o sea, la llave de la farmacia. Noooo, no se puede. Pero ¿no puede venir mañana? Que venga mañana le dije a Adriana. Al final la piba dijo que venía hoy a la mañana, y ahí tenés, no vino. ¿Ves?! No vienen. Es culpa de ellos, no de los médicos”. (Extracto de una conversación con Roberto).

En este relato de Roberto se pueden apreciar dos cuestiones: el hecho que algunas no vuelven, pero además, que los horarios de la farmacia obstaculizan la posibilidad de garantizar las prácticas, una disputa ya mencionada que conforma los rasgos que adquiere la efectiva implementación de la política. No obstante, los casos que preocupaban más al equipo (a través de la preocupación trasladada por las hacedoras de las políticas) eran aquellos en los que *las ILE* no volvían al *control pos*. Estaba pautado de antemano asignarles un turno para volver y para traer la ecografía pos aborto que necesitaban para verificar que el procedimiento de interrupción del embarazo hubiese sido exitoso, y nada de restos de ese embrión quedase en el cuerpo. Este retorno oficiaba de oportunidad de intervención para implementar la estrategia de AIPE. Además, como la toma del misoprostol entregado por el equipo de SSyR en el centro de salud era ambulatoria y ocurría en el ámbito privado, fuera del alcance institucional, si la ILE no era sucedida por un *control pos* realizado en la institución de salud, quedaba fuera del radar, no podía asegurarse que hubiese sucedido y esa interrupción no se podía confirmar como una interrupción finalizada. “Tenemos un Excel que se envía a la “coordinación” semestralmente, que mide “acceso”. Anotamos ahí cuando damos la medicación, pero finalmente no terminamos sabiendo si la toman o no, si abortan o no”, me contaba Julia. Estas interrupciones quedaban registradas como ILE y eran reportadas al Programa

aún sabiendo que en frecuentes ocasiones no podía asegurarse que efectivamente habían ocurrido. *Las ILE*, como las llamaba el equipo, no expresaban que querían volver y muchas veces no volvían una vez que conseguían *las pastillas*, quedando fuera del sistema de intervención y “propensas” a futuros embarazos. Durante el transcurso de mi trabajo de campo, identifiqué que las razones por las que esto ocurría eran variadas. La situación de embarazo “no intencional” no las unificaba. Algunas no querían, algunas no podían. Muchas volvían cualquier otro día que no correspondía al citado. De algún modo, no elegían el turno para volver a la consulta de control pos ILE sino que se les informaba un día y hora y aceptan sin más. A *las ILE* no se les preguntaba si querían volver, sino, cuándo volvían. Quizás experimentaban la posibilidad de una nueva visita como una imposición, tal vez no volver se manifestaba como una forma de resistencia, de agencia.

Por otro lado, muchas de las que asistían a la consejería (alrededor de la mitad de las consultas que presencié) no eran del barrio y venían porque adquirirían el conocimiento de que allí se conseguían *las pastillas* para abortar, o alguien de su confianza les recomendó el lugar: “una amiga ya pasó por eso y me recomendó”, “se enteró que ahí hacían y me avisó”. Esto las posicionaba en una situación que respondía a múltiples posibilidades: límites de acceso materiales/geográficos como la lejanía, estar a cargo de sus hijas/os o familiares, hacerse cargo del hogar, no llegar por los horarios laborales. El centro de salud era uno de los pocos centros de la CABA donde sí se garantiza la posibilidad de abortar. En este escenario, las predicciones de cumplimiento de la política se vuelven más difusas al desconocer a la comunidad de destinatarias que deben trasladarse en busca de una práctica médica, que solo se garantiza en escasos lugares.

¿Era la consejería una mera vía para conseguir lo que necesitaban? Para ellas, ¿era el lugar que les resolvía el problema que les urgía resolver, y del que no querían escuchar nunca más? Ambos escenarios, no poder o no querer, y sus posibles variantes, tensaban con los objetivos de la política, que buscaba

construir la confianza, la apertura de un canal de diálogo y sobre todo, la permanencia en el uso de MAC. La política exige, de alguna manera, un comportamiento virtuoso para que funcione el sistema. Se habla en términos de derechos y luego pareciera exigirse como contraparte la adhesión al método propuesto. Pero, ¿qué quieren ellas? En el dispositivo de consejería no había lugar para hablar sobre el no uso de anticonceptivos, sus razones y los proyectos de vida ni sobre sexualidad. ¿Cómo atender y responder a las demandas cuando no se conocen? La política, pensada para “todas”, adquiere su forma concreta a través de la interacción entre sus efectoras y destinatarias, que como mencioné no son una población unificada y provienen de diversos contextos. Daré cuenta a continuación, de una característica que observé que sí las unifica, su “autonomía”, y que se relaciona con el “no querer volver” que mencioné anteriormente.

El dispositivo de la consejería de SSyR se presenta en la letra de los documentos que desmenuzan la política, como un espacio donde se acompaña a las destinatarias que asisten en el proceso de construcción de autonomía y concientización de sus derechos sexuales y reproductivos para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva de manera lo más consciente e informada posible, que incluyen cuestiones como interrumpir un embarazo y elegir un método anticonceptivo, y también no elegir ninguno. En esta escena *cuerpo a cuerpo* que se genera durante la consulta, y sobre todo en aquellas en las que se acudía buscando abortar, se construye una historia, se van recorriendo una serie de premisas que se verifican una a una para completar la historia clínica que logre arribar a una *causal* y enmarcar la práctica de interrumpir un embarazo en la legalidad y se habilite una receta médica para obtener el misoprostol.

Este “ritual” se repite con diferentes matices. Las preguntas que lideraban la entrevista eran una especie de guión elaborado por el equipo, resultado de múltiples capacitaciones, orientaciones y recomendaciones *del Programa* así

como trabajo conjunto del propio equipo. Lo que observé que no se construye colectivamente en la entrevista es la decisión de abortar y sobre querer o elegir un método anticonceptivo. Noté, en la enorme mayoría sino en todos los casos que presencié, que al asistir a la consejería, la decisión ya estaba tomada. Ellas ya sabían lo que querían, aunque a veces no lo decían de manera explícita, lo daban a entender. En el caso de Florencia, “Sé que está mal, malísimo. Sacárselo está mal, pero lamentablemente no puedo” y cuando se la citó para la colocación del chip, al informarle que si en algún momento quería tener más hijos, se lo podía sacar, respondió, con firmeza: “No, no quiero tener más hijos”. Aún al enfrentarse a un *saber experto*, el de las profesionales de salud, ellas ya sabían. La situación de una mujer embarazada que no quiere tener una hija/o no es una elección sino una decisión (Klein, 2005). Y en esa decisión ya habita la autonomía. En el análisis de relatos de experiencias de aborto, Chaneton y Vacarezza (2011) observan un posicionamiento subjetivo recurrente: el de la determinación de interrumpir el embarazo ya que lo que está sucediendo en el sí misma se percibe como una amenaza para la continuidad de la propia existencia, ella rechaza (el embarazo) y vive su autonomía de una vez en su llevar adelante la decisión de abortar atravesando los impedimentos. Quizás la *autonomía* no esté tan lejos del alcance de quienes buscan abortar, como sugiere la noción de *autonomía* en la que se enfoca la política en su insistencia de tomarla como eje protagonista de lo que se espera que circule en términos de discurso durante la entrevista. Quizás la *autonomía* a la que se refiere la política es otra cosa. ¿Se trata de una *autonomía* más cercana de la responsabilidad de prevenir la situación, que a la propia decisión?

En términos de autonomía y decisión, los casos de elección de MAC, aunque menos claramente que las ILE, también se manifestaban en la entrevista. La vuelta a la consulta luego de una ILE y el ofrecimiento de un método ocurría en un contexto de cierta obligatoriedad. Esto se ve reflejado en el caso de Patricia, de 31. “A Patricia se la citó una vez a control pos y no vino. Ahora, vuelve”, me dijo Jimena. “¿Cómo anduviste?”, preguntó Valeria con voz calma y

dulce. “Lo hice esa misma noche. Me sentí muy mal, con fiebre. Al día siguiente, ya me bajó más restitos. Esa semana entera estuve con malestar, hinchada”, contó. “Bueno, excelente, la ecografía está muy bien. Y decime Patricia, ¿pensaste algo de métodos anticonceptivos, algo que te gustaría?, le preguntó Valeria, sin que Patricia haya preguntado sobre métodos. “Preferiría pastillas”, contestó Patricia de forma casi automática, sin traslucir duda. “¿Te parece empezarlas ahora? ¿Querés que repasemos los métodos? Están todos en el centro de salud y todos son gratis”. Sin respuesta de Patricia, que solo la miraba y, aunque Patricia ya había dicho que prefería pastillas, Valeria los repasa, y empieza enumerando las opciones: “Está el implante que dura 3 años, las pastillas...”. “Pastillas”, repitió Patricia. Valeria no siguió. Se levantó y buscó pastillas anticonceptivas en la farmacia. Valeria volvió con las pastillas en la mano y se dispuso a explicarle cómo tomarlas. Patricia la escuchaba sin atención ni interés. Asentía con la cabeza y no preguntaba. Me dio la impresión que Patricia ya había tomado pastillas antes y se quedaba escuchando para terminar con el “trámite”. Patricia aguantaba, pero se quería ir. Se notaba en su cara, en su cuerpo. Jimena le mencionó el uso del preservativo. “Mirá que lo tenés que usar de principio a fin, pero cada uno hace lo que quiere, nosotras no te vamos a retar”, dijo con tono moralista. Valeria le dio una caja de pastillas y una orden de 6 meses, gratis. En la consulta de control pos de Patricia se refleja la tensión en los temas de cuidados anticonceptivos y los alcances y límites de la implementación de la estrategia de AIPE. Patricia no volvió a la consejería cuando fue citada sino a un turno posterior. Venía a contar como le había ido con la ILE y quedó envuelta en la elección de un MAC. Cuando expresó lo que quería, Valeria intentó disuadirla para que se lleve otro método, y no el que ella ya había elegido, tal vez pensando que un método de larga duración sería mejor. Esta escena pone de manifiesto una vez más, las dificultades que trae aparejada la efectiva implementación de una política pensada como universal, e interpretada y reinterpretada en los espacios donde encuentra su aplicación.

En este capítulo, intenté dar cuenta, de la materialización del acceso a la ILE a partir de observaciones en la sala de espera y del análisis de las narrativas en el espacio de consejería del centro de salud, donde se configura una forma específica de armado de historia clínica (con sus matices, en acciones no cristalizadas ni fijas) que permite el tránsito de la ilegalidad hacia la legalidad de una mujer que busca abortar. Este movimiento, para la política de acceso a la salud sexual y reproductiva significa también una oportunidad de intervención en términos de MAC. Esta práctica muestra variables grados de éxito, lo cual queda evidenciado en el hecho de que en muchas ocasiones las mujeres no vuelven a ese control, perdiéndose así no solo el poder cumplimentar el objetivo, sino la confirmación que esa ILE fue en efecto realizada. En el capítulo siguiente, buscaré enfocarme en los diferentes modos y tensiones que experimenta el equipo de SSyR del centro con su entorno, así como las propias, y los diferentes significados y representaciones de las actrices y actores en torno a llevar adelante esta política, en una causa mentada, construida y ejecutada a partir del activismo feminista.

CAPÍTULO 3: Activismo feminista y acciones estatales en la salud sexual y reproductiva

“El equipo es un poco una isla porque en realidad se generó... bueno, este centro de salud tiene como mucha historia. Tiene más de 30 años de historia. Hubo una primera camada que fue la que lo creó, con personas que venían con otro perfil, más asistencialista porque no había cómo pensar la atención primaria desde los espacios de formación de residencia, era muy hospital-céntrica toda la formación. Entonces laburar en una villa o en un centro de salud era bueno o para el que es muy militante como Marcos (el director del centro) que tiene toda una historia de militancia por fuera del ámbito de la salud también, o era Siberia. Entonces muchas de las personas que cayeron acá en su momento, que les sirvió mucho esa grupalidad que tuvieron, pero que después cuando empezó a entrar gente con otro perfil que ya elegían trabajar en atención primaria como Ana, como Julia, que cayeron como hace 10 años, pero que sin embargo siguen siendo “las nuevas”. O sea, generó como un cambio de alguna manera. Venían con otra formación también, más rica desde lo teórico, y después entramos todo otro montón de gente, entonces las resistencias al cambio siguen estando. Ellas son “las aborteras”, que también en algún punto me parece que hay que poder charlar con todo el resto del equipo, como para poder abrir y ampliar miradas y demás. O sea, también nosotras muchas veces somos... Yo digo “nosotras” porque formo parte del equipo de salud sexual... pero la verdad es que yo no... no me encuentro del todo incluída en eso viste de “me rapo, me pongo el pañuelo (verde), y me pongo en actitud de mostrar las tetas.... Diciendo, bueno, qué se yo, “mi cuerpo mi decisión”, como esta cosa tan militante que para mí no suma, al contrario, como que genera cierto rechazo, cierta resistencia. Es una cuestión interna del equipo. Para mí eso... hay algo. Pero para mí en los últimos tiempos del movimiento feminista se vio un montón eso. Como viste esta cosa de a lo Malena Pichot⁷⁹, viste una cosa así, como para describir a alguien que me parece que eso resta. Que hay que sentarse con todo el mundo y poder más al estilo de *Católicas por el Derecho a Decidir*⁸⁰, más de las *viejas*...¿viste?. Ahí, para mí la pifiamos. Y acá adentro eso se recontra reproduce viste, y genera una resistencia importante. Se lograron igual cambios y demás, o sea, antes desde “Administración” ni siquiera eso. Como que eso se logró

⁷⁹ Malena Pichot es una actriz, comediente, escritora, guionista, y feminista argentina, conocida por algunas manifestaciones públicas consideradas por algunas/os como extremas feministas.

⁸⁰ Se trata de una organización no gubernamental feminista que genera acciones para que mujeres y personas gestantes decidan libremente sobre su sexualidad y reproducción. Ha mantenido un rol activo en la causa por la despenalización y legalización del aborto en el país.

derivar, inclusive también desde las generalistas hubo como un avance que para mi el contexto ayudó, el contexto de la ley del año pasado⁸¹ y demás, como que puso “ah bueno, no son solo estas locas sino que es algo más. Pero ya te digo, esto es algo que se genera dentro del equipo de salud sexual, genera determinados ruidos que para mi igual nosotras no lo tenemos muy..., no tenemos una autocrítica. La culpa siempre la tiene el otro, el “carcamán”⁸². Pasa más me parece como que no se valoriza lo que se hizo...por un lado y venir a cambiar todo. Y eso se interpreta desde el equipo de salud sexual como “ah bueno, no entienden nada, esto es así, debe ser así y me pongo en tetas”. Bueno, no, o sea, no es la forma. Y obvio que hay que aceptar las resistencias al cambio que existen y hay que sentarse con gente que..., pero para mí ahí se mezcla. Esto cuando vos decías, ¿qué rol?⁸³ Bueno, para mi, soy trabajadora ante todo, que después hay cuestiones de las cuales ... pero lo veo como trabajadora. Yo acá no me veo como, o sea, yo no le voy a andar diciendo...Yo de militante no. O sea, yo te voy a las marchas todo, pero para mí acá, es mi rol. Yo eso lo tengo super claro. De 8 a 5, no tengo el celular... Igual me parece que uno está permeado por eso, pero no, para mí es un deber mío como tantos otros, me da la satisfacción esa”.... “Salvo situaciones muy extremas, para mí es un trabajo. Yo me voy de acá a las 5 y listo. No le doy el celular a nadie..., hay cosas que por ahí eh... pero la mayoría no me engancha. O sea, yo ya hay cosas que puedo...o sea, me voy a mi casa y tengo otros quilombos, pero no. Por eso te digo.... no es una militancia. No te doy el celular ¡ni en pedo! Hay cosas que no. Ponele, Ana lo hace pero Ana es una cuestión terapéutica desde la psicología, que se yo, como que puede hacer intervenciones. La poca gente que lo tiene porque es la amiga de la amiga, y después me rompen las bolas (lo expresa con enojo e irritación, y muy firmemente). Tipo “vení que te atiendo”, o sea..., yo no atiendo en privado por eso. Pero bueno, que se yo, depende cada uno, pero me parece que sí fue un re trayecto y fue romper con todo lo que había aprendido en la UBA (donde estudié)”. (Extracto de una entrevista a Daniela).

1. Construir en la diferencia, negociar las posiciones

Queda claro que las trayectorias de vida que revisten las biografías de las personas, su formación profesional, configuraciones generacionales, identificaciones y participación política entre tantas otras cosas, permean las

⁸¹ Daniela se refiere al proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo que se debatió en el Congreso en el 2018, obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados y se rechazó en la Cámara de Senadores.

⁸² “Carcaman” es la forma coloquial (con tinte despectivo) de referirse a un hombre que es viejo y de mal carácter. Ej. “con el tiempo se ha puesto carcamán, grita y protesta por nada”.

⁸³ En respuesta a mi pregunta sobre qué rol tenía trabajando en el centro de salud.

acciones y posicionamientos dentro del centro de salud y del equipo de SSyR, dando cuenta de la heterogeneidad del repertorio estatal y de los diversos sentidos que otorgan a la interpretación de los modos de implementación de la política y a sus prácticas. También queda clara la singularidad con la que el centro de salud se fue conformando a sí mismo y moldeando a sus trabajadoras/es y frente a ello, la mirada contextual, histórica y política con la que se debe analizar para poder dar cuenta de las condiciones de posibilidad de dicha política pública en el contexto del centro de salud que analizo y así poder indagar cómo la misma se constituye e implementa.

En el relato de Daniela, se observan dos paradigmas que conviven en el centro vinculados a la mirada sobre la salud, en particular, a la salud pública, dos capas geológicas que permiten clasificar y datar temporalmente lo ocurrido, que responde a determinadas condiciones, por lo que al cavar hacia lo profundo, se está retrocediendo en el tiempo. Por un lado, haber sido parte del crecimiento (o tal vez decrecimiento) del sistema de atención primaria de la salud, y formar parte de ese entramado de quienes “cayeron acá en su momento”, les permitió asistir al barrio durante décadas. Por otro, la llegada de “las nuevas”, “las aborteras”, “las que ya elegían trabajar en atención primaria”, las que “lo quieren cambiar todo”. Ese entrecruzamiento da cuenta de una diferenciada estratificación de experiencias (Mannheim, 1961) y de procesos variados de socialización en el Estado frente a las/os recién llegados y expone las diferentes formas de entender a la salud pública y los diferentes posicionamientos respecto a ella y “entonces las resistencias al cambio siguen estando” como lo expresa claramente Daniela, y como lo mencionó Roberto hace unos días: “Todos venían acá. Antes el Garrahan traía muchos pediatras. Ahora están los médicos generalistas. Y hay muchos más médicos”. Su comentario se refiere a “las” médicas generalistas, pero el uso del pronombre femenino no se escuchaba frecuentemente en el centro y tampoco en boca de Roberto. “Me parece que este centro en relación a otros, tiene muy su historia particular, no es como otros que surgieron nuevos y empezaron ya como “bueno listo, acá se hace ILE”, y ya”, expresa Daniela,

refiriéndose a las dificultades observables ante la aparición de “las nuevas” cuando había reglas, usos y costumbres ya establecidas y consolidadas durante años. Dentro de esta *nueva* postura que quiere “venir a cambiar todo”, configurada por quienes luego terminaron conformando el equipo de SSyR, surge otro eje de análisis: el estigma de un activismo feminista “radical”, con el que cargan quienes profesionalmente intervienen en garantizar ILE: “las aborteras”. Esto, no obstante, se suma a la carga no menor de trabajar en un contexto donde no abunda el espacio, ni el tiempo, con una administración con variados grados de operatividad, entre otros.

El relato de Daniela refiere además a un equipo que delinea configuraciones heterogéneas. Para ella, “esta cosa tan militante”⁸⁴, generaba rechazo y resistencia en el entorno social del centro. Su trato amistoso y extrovertido con las/os trabajadoras/es y usuarias/os del centro y la consejería, el hecho de ser portadora de un discurso que no buscaba posicionarse hacia un activismo feminista⁸⁵, la presentaba como alguien con características moderadas, tal vez más “hegemónica”. Estos rasgos le permitían actuar como nexo entre el equipo y las ginecólogas. Una mañana, me cuenta irritada, sobre la conversación que tuvo con Marta, una de las dos ginecólogas del centro:

“Tenemos una piba para ver. Es su segunda ILE. Se hizo la anterior en junio⁸⁶. Me la derivó la ginecóloga. Me dijo: tengo que hablar con vos. Sabés que tengo un caso de una piba que otra vez quedó embarazada. Pero está usando ésto como método. Yo no estoy de acuerdo, pero bueno... Es para ustedes”.

⁸⁴ Utilizaré la noción de *militancia* (en lugar de *activismo*) solo en los casos donde aparece como categoría utilizada por alguna de las actrices o actores del campo. Soy conciente que existen diferencias de registro en el uso de ambas nociones no obstante no las problematizaré en este trabajo de tesis.

⁸⁵ Como expresé en la Introducción, la denominación *feminismo* continúa funcionando como una especie de “persona colectiva” lo suficientemente amplia como para albergar muchas formas posibles de vincularse con ella. Este “espacio social” está caracterizado por la heterogeneidad, que a su vez, profundiza algunas de sus oposiciones y categorías. Un espacio con tensiones y complejidades (Masson, 2007).

⁸⁶ Este registro fue tomado en noviembre de 2019.

Aún cuando la tensión entre el equipo y ellas era evidente, existía allí un grado de tolerancia que permitía navegar al menos algunos de los obstáculos que presentaban las ginecólogas en términos de ILE.

La dimensión “militante” que expresa Daniela que se manifiesta dentro del equipo de SSyR permea sus prácticas, así como conecta y tensiona los vínculos establecidos con el resto de las/os trabajadoras/es del centro de salud, que se configuran, y actualizan en las decisiones llevadas adelante. Estas tensiones no se discutían abiertamente dentro del equipo instalando el interrogante acerca de cómo tramitarlas sin un contexto institucional propicio, que no sea la adversidad. No obstante, el entramado de relaciones, consensos y antagonismos, y los discursos puestos en tensión hacia el interior del equipo y sobre todo fuera de él, se podían identificar en los espacios de interacción. Dado que la consejería funcionaba diariamente, y las integrantes del equipo de SSyR no asistían al centro a trabajar todos los días, no había jornada de la semana que el equipo entero coincidiera, al menos por momentos prolongados. Esto contribuía al ejercicio de las libertades de acción de cada una sin un estricto control del proceder individual. Las reuniones de equipo, que se hacían en el SUM, eran una de las instancias donde se dirimían acuerdos y se construían los modos de funcionamiento de la consejería. En estas reuniones, que ocurrían una vez al mes, se cimentaba el dispositivo bajo pautas que se iban hilvanando y deshilachando en un tejido que buscaba fortalecer el espacio. Tuve acceso a las notas tomadas durante las mismas desde junio 2017 a fines del 2019. El equipo confeccionaba un temario que intentaba desarrollar de 9 a 11 de la mañana el primer jueves de cada mes. Entre los varios temas planteados, algunos referenciaban: el reparto de roles y tareas para el control del stock de MAC y misoprostol en Farmacia; los registros de retiro de AHE⁸⁷; los registros de colocación de implantes subdérmicos (chip); arribar a consensos y trabajar para mejores registros en las historias clínicas electrónicas de *las causales* de ILE, en la singularización de la situación dada en la fundamentación de *las causales*

⁸⁷ Se refiere a la Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

sobre todo la *causal salud*; asistir a capacitaciones proporcionadas por el *Programa*; asistir a las reuniones mensuales del área programática; recolectar información basada mayormente en indicadores para enviar al *Programa* para la realización de análisis estadísticos (de frecuencia semestral) - entre los indicadores se registraba la cantidad de ILE, grupo etario, entre otros -; pautas y seguimiento del trabajo y desarrollo con residentes. También buscaban consensuar definiciones estratégicas que les permitieran lidiar con obstáculos que se presentaban en el centro. Una de ellas fue pensar el modo para que Farmacia (en realidad quienes atendían la Farmacia) difundiera el folleto diseñado por el equipo que contenía información sobre los días y horarios de atención de la consejería, algo que consideraban importante ya que daba cuenta no solo de su existencia sino que también cumplía con informar a una amplia población - las/os usuarias/os del centro que retiraran medicación en Farmacia - algo que hasta ahora no habían conseguido con solo pedirlo.

Otros temas incluían barajar opciones apelando al director del centro para disminuir y preferentemente eliminar las obstaculizaciones causadas por las ginecólogas en términos de anticoncepción e ILE que incluían solicitar reuniones con ellas para conversar sobre un posible trabajo conjunto. A juzgar por la cantidad de veces que este último punto se repetía en la agenda del día, podría deducirse que dichas reuniones no se concretaban. También buscaban afinar procedimientos para derivaciones al hospital (segundo nivel de atención) en caso que *la ILE* supere el período de gestación permitido (legal) en el centro (hasta 12,6 semanas); lidiar con el segundo nivel en estos casos era algo que describían como “complejo” por la falta de sistematización administrativa y la heterogeneidad en los modos de admisión así como la unificación del armado de informes para estas derivaciones, entre otras muchas y variadas actividades que iban surgiendo en el cotidiano. A la luz de estas acciones, pude comprender mejor esta red de relaciones cotidianas íntimamente ligada a las prácticas, que me indicaba que el equipo se encontraba trabajando en un mar de disputas, tensiones y cierta escasez de recursos y espacio, en un contexto donde no hay

una política pública firmemente instalada ya que no parecería haber una adhesión moral a la propuesta estatal por parte de las actrices y actores involucradas/os (Durkheim, 1972), y con esto me refiero a la adhesión o creencia acerca del valor a las reglas básicas del sistema.

Los encuentros en horas de almuerzo y sobremesas formaban también parte del espacio donde se establecían acuerdos e intercambios. Con un menor nivel de privacidad, y haciendo de las/os presentes testigos, se trataban allí las disputas cotidianas, el manejo diario de información, las resoluciones del momento, cancelaciones y las reasignaciones de turnos (“La ILE que atendimos el otro día, ¿te acordás? Hoy no vino, así que nada, sigo con mis pacientes”... “A las 2 viene al final el control pos de la piba que es su segundo ILE de la semana pasada. ¿Vos podés hoy, así la atendemos juntas?”... “Hoy pasó pero no se pudo quedar al final. Viene el jueves, yo no vengo, ¿la ves vos?”). Este espacio era además una instancia utilizada por el equipo para interpelar al director del centro, quien almorzaba allí frecuentemente. El espacio creaba las condiciones sociales propicias para materializar algunas de las cuestiones pendientes, como reclamos de insumos, intervención para las derivaciones al hospital, no sólo en términos de ILE sino en pacientes con ITS⁸⁸, un campo que no exploraré pero que formaba parte de los casos donde intervenía el Programa de SSyR y que trataba el centro, en especial en población de varones.

2. Posicionamientos e influencia de los feminismos: las paredes del centro como territorio de disputas

Acompañando a quienes pacientemente esperan ser atendidas/os en el centro de salud, sentadas, paradas, apoyadas en la pared cuando el cuerpo no da más, se pueden ver carteles de diversos tamaños y diseños. Modos de comunicación visual de mensajes expresados en imágenes y textos. Anuncios de actividades que se llevan adelante en el centro y en el barrio, calendarios de vacunación y talleres de temáticas diversas. Hechos a mano, impresos, nuevos, viejos, más o

⁸⁸ Se refiere a Infecciones de Transmisión Sexual.

menos coloridos. En una primera mirada resulta difícil decidir cuál leer, en cuál enfocarse, todos parecen iguales. La atención se pierde, se dispersa. Al agudizar la vista, se puede ir identificando y reconociendo la diversidad y heterogeneidad de las construcciones discursivas que emergen como objetos de intervención. Allí estaban: carteles con información sobre anticoncepción e ILE. La visibilización de la práctica de ILE, el marco posible para interrumpir un embarazo de manera legal y las formas de expresarlo fue una de las cosas que más llamó mi atención la primera vez que visité el centro. Como activista feminista por el derecho al aborto conocía la información que leía en los carteles. Era información que se difundía desde *la Campaña*, que se había discutido allí en el marco de la elaboración de las múltiples actualizaciones de los proyectos de ley aspirando a una ley de aborto voluntario. Sin embargo, desconocía en qué grado y de qué manera se expresaba públicamente la política de acceso a la ILE, dentro del centro de salud. ¿Cuánto de lo que propone y anhela el “Estado” (atravesado por sus múltiples dimensiones) para las destinatarias de la política y por lo que “lucha” el activismo feminista en términos de despenalización y legalización del aborto sin restricciones (es decir, una interrupción “voluntaria” del embarazo), así como el acceso a anticonceptivos “para no abortar”, coincide con lo que ellas quieren y/o necesitan? Y, ¿cuánto es lo que obtienen de su implementación? ¿Están estos anhelos alineados? ¿Convergen? ¿Dialogan? ¿Se entienden? ¿Importa que se entiendan? Para Klein (2005), entre el debate (refiriéndose a las discusiones públicas entre las posiciones sobre el tema, entre ellas, la de los feminismos, en la que cada una/o expone sus ideas y defiende sus opiniones e intereses) y la “realidad” (refiriéndose a la experiencia de abortar), hay un abismo, y la experiencia no debe adecuarse ni reducirse a los argumentos para no ubicarnos en un terreno que no es el de la experiencia de la mujer que aborta, sino en el “tema del aborto”. Pero el “debate”, es solo una de las múltiples formas de activismo. En el debate, que tiene pretensión de validez y coherencia, debe prevalecer el poder de la argumentación. Algunas de las múltiples formas de activismo y construcción que se ponen en práctica en la cuestión del aborto, junto

a las herramientas aliadas para intentar evitarlo (los métodos anticonceptivos), abastecen de recursos distintivos a sus destinatarias.

Estas preguntas y reflexiones, que fueron el puntapié para iniciar este trabajo de tesis, están marcadas por una especificidad histórica y política: un año bisagra en la historia de los derechos sexuales y reproductivos en el país, el 2018, en el que se debatió en el Congreso de la Nación por primera vez un proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo (en realidad inicialmente varios, hasta que se definió trabajar sobre uno) que obtuvo media sanción en la Cámara baja, pero luego se rechazó al no otorgarle aprobación la Cámara de Senadores. Durante la elaboración de este trabajo, como sitúo en la Introducción, la Ley de interrupción voluntaria del embarazo no estaba sancionada y aún regía la ILE, con las restricciones ya mencionadas en capítulos anteriores. Sin embargo, luego del debate legislativo, se experimentó una “despenalización social”, noción acuñada por el activismo feminista por el derecho al aborto, impulsada por una movilización masiva que se conoció como la “marea verde”. El tema se había instalado en la agenda pública y en los medios masivos de comunicación resultando en una amplia adherencia social. Mi intención aquí es señalar la repercusión e influencia del contexto social como consecuencia de este hito histórico y el avance en las discusiones sobre los significados de contar con una ley hacia el interior del centro de salud y de la consejería. El equipo reconoce que se lograron “avances como resultado del contexto del proyecto de ley del 2018” que ayudaron a instalar en el centro la idea de “bueno, no son solo estas locas sino que es algo más”, en palabras de Julia.

Se producen estructuras mentales, de categorías de percepción y de pensamiento que poseen un fuerte “poder simbólico” (Bourdieu, 2002). Aquí sostengo que se revelan entonces contextos dentro de contextos, donde operan procesos entrelazados de legitimación haciendo posible que se instalen y justifiquen prácticas y discursos que le asignaron un valor positivo al aborto. Que la sala de espera esté rodeada de información sobre acceso a una ILE y acceso a MAC me resultó, en principio, un escenario alentador. Por acá circula gran parte

del barrio, pensé: esa tía que va a ver a la nutricionista, ese hermano que se atiende con el kinesiólogo, la abuela que pasa a buscar la leche que reparten para sus nietas/os. Que más gente sepa sobre la existencia de la consejería como un espacio de reconocimiento y saber dónde acudir es importante, pensé, al mismo tiempo que me pregunté qué impresión generaba este escenario colorido para las/os trabajadoras/es del centro y si quienes forman parte de las disputas cotidianas, habrían interpretado aquí una “ganancia” del equipo de SSyR, y una “pérdida” de las ginecólogas. Este desplazamiento al *territorio* donde el equipo buscó crear o establecer socialmente una forma de aceptación, un “acá apoyamos” interrupciones de embarazo, la garantía del cumplimiento de la ley, les permitía poder hablar de ello, mostrarse, legitimarse en el territorio donde se implementa la política. Esto pone de manifiesto que una política pública luego de ser aprobada, y su implementación puesta en marcha, debe ser *negociada* en el territorio donde se aplica y no es aceptada sin más, por el mero hecho de provenir del Estado.

Quise registrar textualmente el contenido de cada cartel porque consideré importante identificar el estilo, qué y cómo comunicaban. Pero no estaba segura de qué manera hacerlo porque no quería llamar la atención. Era mi primera vez ahí. ¿Saco mi cuaderno y anoto, o saco el teléfono y los fotografío para tardar menos? Opté por sacar fotos con el teléfono celular, porque tardaría mucho anotando y no tendría la literalidad que buscaba. Una vez registrados, y al sentarme a reflexionar sobre el contenido, identifiqué tres fuentes desde donde se genera cada narrativa y estilo de difusión de la información o mensaje: A) la proveniente de entes estatales como ministerios nacionales y de la CABA, B) la proveniente del activismo por el derecho al aborto, y C) la del propio equipo de SSyR que llevaba adelante la consejería del centro.

A) La retórica del Estado: la información “oficial”

Un cartel mostraba la foto de dos mujeres conversando, en el contexto de una consulta médica en algún hospital o centro de salud de alguna parte del país, escritorio de por medio. Una de ellas era una joven adolescente y la otra, una mujer de unos 45 años aproximadamente, quizás un poco menor, con chaqueta blanca típicamente utilizada por profesionales de la salud. El estereotipo en el que se configuraba la imagen y por lo tanto el mensaje, pensé, a partir de mostrar a una joven en busca de ayuda y el saber profesional, que provee del conocimiento, de edad madura. El texto estaba escrito en letras blancas y violetas, sobre fondos verde y violeta⁸⁹:

Derecho a la interrupción legal del embarazo en el sistema de salud.

El Aborto No Punible, también conocido como Interrupción Legal del Embarazo (ILE), es una opción de todas las personas cuando cursan un embarazo que:

- Es producto de una violación (una relación no consentida o bajo presión, incluso dentro de un noviazgo o matrimonio).
- Pone en riesgo su salud (física, psíquica y/o social).
- Pone en riesgo su vida.

Para acceder a una interrupción legal del embarazo es necesario:

- Realizar una consulta en un centro de salud y hospital.
- Recibir información completa y científica de acuerdo al protocolo sobre ILE, con confidencialidad.
- Tomar una decisión autónoma, sin que se interpongan opiniones o valores ajenos.
- Que se garantice una práctica inmediata en condiciones seguras y sin riesgos.

Derechos reconocidos en el art. 86 del Código Penal y en fallo “F.,A.L. s/Medida Autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia.

Para saber dónde consultar podés llamar a la Línea Salud Sexual 0800-222-3444. Información para decidir, orientación y derivación a centros de salud. En todo el país. La llamada es gratis. Tu pregunta es confidencial. Secretaría de Gobierno de Salud y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación.

⁸⁹ Asumo que la utilización de colores no es azarosa. El verde es el color utilizado por el acyivismo por el derecho al aborto en Argentina, establecido así por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. El violeta es el color usado como símbolo de la lucha feminista, a nivel mundial.

El cartel contenía una cantidad de información significativa, tal vez demasiada. Me resultó agobiante leerlo. La palabra “aborto” aparecía escrita en términos jurídicos - *Aborto No Punible* - utilizados para referirse a aquellos abortos no penalizados, es decir, los permitidos por el Código Penal de la Nación, y lo citaba, así como mencionaba el fallo “F.,A.L. s/Medida Autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia⁹⁰. También aparece escrito como interrupción legal del embarazo o ILE (su abreviatura), término *aggiornado* que comenzó a utilizarse más frecuentemente entre las/os profesionales de la salud y también entre el activismo por el derecho al aborto a partir de la publicación del Protocolo ILE en el 2015 (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) (me referí a estos cambios paradigma en la Introducción). La decisión de redactarlo con esta especificidad legal permite divisar la necesidad de mostrar validez por tratarse de un atributo que tiene origen legal. Asimismo, invoca a la “Ciencia” al expresar que lo que se ofrece no es cualquier clase de información sino “información científica”, basada en el conocimiento científico asociado a un beneficio social (Albornoz, 2007) y junto al uso de la palabra “Protocolo” que denota estandarización (conjunto de reglas establecidas por alguien, el Estado en este caso, que se refieren a una serie de procesos que se ajustan o adecúan a un estándar uniforme y acordado), establecen un conglomerado de conceptos asociados con la autoridad, lo legítimo y con las fuentes de poder de conocimiento público.

Aparece la noción de “autonomía”, que junto a la de “derecho/s”, es también utilizada por el “activismo por el derecho al aborto”⁹¹ y por los documentos y guías estatales de recomendaciones y lineamientos sobre la temática de salud sexual y reproductiva que definen la política desde que se confeccionó la primera “Propuesta de Diseño, Organización e Implementación en Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva” elaborada por el Ministerio de

⁹⁰ Se refiere al fallo paradigmático en materia de delito de aborto no punible, dictado en el país por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el 13 de marzo de 2012 (ver Introducción).

⁹¹ Me refiere a los distintos espacios sociales que activan en pos de la despenalización y legalización del aborto. Entre ellos están los mencionados en la Introducción de esta tesis.

Salud de la Nación en el año 2007. Esta coincidencia entre el “lenguaje estatal” y el del “activismo por el derecho al aborto” no es casual, como ya esboqué en la Introducción. Es un lenguaje que proviene de los *feminismos* que ingresaron al Estado con la creación del PNSSyPR en el ámbito del Ministerio de Salud. En este “feminismo institucionalizado” (Masson, 2007) toma especial relevancia la cuestión de que quienes ocupan esos cargos en entes gubernamentales como funcionarias o asesoras son feministas, con un compromiso con la defensa de los intereses de las mujeres (extensivo posteriormente a personas LGTTBIQ+). En su mayoría se trataba de académicas-investigadoras de las profesiones de la sociología y de las ciencias médicas, con experiencia en temas de acceso a la salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente y anticoncepción, en cooperación técnica, y a veces subsidiaria, con organismos internacionales como la OPS-OMS, y ONGs. Estas últimas actuaron como estructuras de sostén para el trabajo de incorporación de la dimensión normativa legal a los documentos que fueron actualizando con el correr del tiempo influenciadas por el activismo de las profesionales feministas del derecho, abogadas feministas organizadas, que produjeron argumentos legales y jurídicos respondiendo a la necesidad de instalar la idea de que el aborto es un derecho y promoviendo la *causal salud* como herramienta para ejercerlo (Fernández Vázquez, 2022). Este entramado de “feministas institucionalizadas” y no “el Estado” en abstracto, con argumentaciones elaboradas desde cada área de *expertise*, fue quien desde sus roles como trabajadoras estatales algunas, y contratadas como consultoras por el Estado, otras, consolidaron un discurso construido con un fin específico que se utilizó y sigue utilizándose para implementar la política de acceso a la salud sexual y reproductiva en contextos variados que muchas veces le son desconocidos.

Este cartel firmado por el Ministerio de Salud de la Nación era un mensaje del Estado que no necesariamente significaba para las usuarias o destinatarias de la política, la visualización o presencia del Estado allí, sino que tal vez, la importancia residía en que el equipo pueda consolidarse para garantizar la

atención y cumplimentar la implementación de la política. Sin pensar al centro de salud como “el Estado”, para las destinatarias, el centro tenía un efecto similar a lo que sería la legalidad, la tranquilidad de que lo que se hace o se va a hacer allí estaba “bien”, tenía un sesgo de seguridad. “Mi amiga me mandó para acá. Me dijo vos andá allá que te van a ayudar. A mi me ayudaron”, escuché de la boca de Celina ni bien entró al consultorio y nos sentamos a charlar. En parte por ser una institución pública y en parte, porque es recomendado por una amiga, una red de confianza externa a lo que representa la institucionalización. Las clasificaciones de Estado y agentes estatales son categorías, presumiblemente ajenas a la población usuaria del centro y a las destinatarias. No consideraban a las integrantes del equipo de SSyR como “agentes estatales” pero sí *alguien* con cierta autoridad profesional “que te va a ayudar”. Como mostré anteriormente, no figuraba en el centro de salud el anuncio sobre la existencia de la “consejería en salud sexual y reproductiva” ni su horario de atención, en formato de cartel oficial o no oficial. Su existencia sólo se conocía “de boca en boca” mostrando que para muchas, la confianza se construye de manera fragmentada, no pareciendo ser exclusiva de lo que representa el centro y probablemente ni a través de los carteles colgados en su pared.

Al lado de la puerta de ingreso al área de Admisión, había una gigantografía de llamativo color fucsia de unos dos metros de alto, enmarcada en el borde superior por una franja de fondo amarillo, color utilizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en su difusión oficial. Un *banner* imposible de ser ignorado por su tamaño, ubicación y color. El mensaje del Gobierno de la Ciudad, decía:

Aquí. Métodos anticonceptivos. Tenés derecho a recibirlos gratis”.
(Debajo de esa leyenda, había 5 íconos dibujados: la “i” de información, el dibujo esquemático de un DIU (dispositivo intrauterino), de un preservativo o condón, de una jeringa al lado de un frasquito que imagino describe al anticonceptivo inyectable y un blister de pastillas anticonceptivas).
¿Cuáles son? ¿Cómo se usan? ¿Dónde puedo conseguirlos?
Buenos Aires Ciudad (página web del GCBA y redes sociales).

Un cartel sencillo, breve, con un estilo “publicitario” conteniendo más imagen que texto, invitaba a visitar la página web del Gobierno de la Ciudad y sus redes sociales (facebook y twitter). Enfocado en MAC, dejaba explícito que se podían solicitar los métodos ilustrados allí de manera gratuita en el centro de salud, aunque requería dilucidar la correspondencia entre el dibujo y su función ya que no estaban identificados por su nombre. Al igual que el anterior, este cartel utilizaba un lenguaje de derechos, que si bien no escuché de la boca de las mujeres que asistieron al centro durante mi estancia allí, sí lo hice por parte del equipo en numerosas ocasiones, un punto en común con el “activismo por el derecho al aborto”, cuyo objetivo también incluye el derecho al acceso de métodos anticonceptivos, desde una perspectiva integral en salud sexual y reproductiva. Ambos carteles “oficiales”, aunque provenientes de distintos espacios políticos, uno nacional y otro de la CABA, daban cuenta de estilos comunicacionales diferentes para difundir las políticas, lo que pone de manifiesto los diferentes modos de concebirlas y tal vez incluso la idea acerca de quiénes son sus destinatarias, y qué uso hacen de esas políticas. Puede pensarse como posible que este lenguaje no se ajuste a la población del centro, que no haya sido pensado para ellas. En ese contexto, ese lenguaje que estaba destinado a ganar adeptas/os, legitimidad y aceptación y reafirmar las posiciones sociales de las mujeres como sujetas de derecho y ciudadanas, puede ser utilizado allí con otros fines. Tal vez precisamente para “ganar” posición dentro del centro de salud.

B) La retórica del activismo por el derecho al aborto

Al recorrer el centro de salud, encuentro más información. En los pasillos de la planta baja que llevan a los consultorios y a la Farmacia hay carteles sobre MAC y sobre aborto. Pegada sobre la pared de la Farmacia, una ventanilla amplia con cerramiento de aluminio de acceso a las/os usuarias/os del centro, hay una lámina impresa a color firmada por la “Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir”:

¿Tenés un embarazo no deseado? La interrupción del embarazo es legal
- si considerás que pone en riesgo tu salud integral,

- si es producto de violencia sexual.
En esta institución garantizamos tu derecho.
Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir (su logo)

La *Red*, es un colectivo de profesionales de la salud organizado entre los que se cuentan diferentes disciplinas incluyendo médicas/os (mayormente generalistas o de familia, algunas menos ginecólogas/os), trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, enfermeras/os, obstétricas, entre otras, “comprometidas/os con garantizar el acceso al aborto legal y seguro a personas gestantes” tal como se presenta en sus redes sociales y página web. La noción de “compromiso” se trasluce en su narrativa de presentación, en valores expresados en clave activista hacia el cumplimiento de la ley, involucrando al Estado en dos aspectos, siendo parte de él pero también denunciándolo, en el marco de un trabajo colectivo, diferenciándose en este punto de las “feministas institucionalizadas”. “Somos ese entramado feminista dentro del sistema de salud que garantiza cuidados. Luchamos por el derecho a decidir si parir o si no hacerlo. Creemos que la maternidad debe ser una elección estimulada por el deseo y nunca una condena o un mandato social. Nos negamos a reproducir la violencia institucional, misógina y patriarcal sobre las cuerpas/cuerpos de quienes deciden gestar y de quienes deciden no hacerlo⁹². La *Red*, como se la conoce en las esferas del activismo por el derecho al aborto, surge para garantizar dentro del sistema público de salud ILE desde un enfoque de derechos. La presencia de un cartel firmado por *la Red*, daba cuenta de la existencia e inserción explícita del activismo dentro de una institución del Estado con el fin de gestionar la implementación de la ILE en un marco integral de salud sexual y reproductiva y de cuidados. El activismo de *la Red*, aunque inserto en el Estado y con configuraciones heterogéneas, era un “activismo de la calle”⁹³, gestado desde el

⁹² Su presentación, materiales y “recurso” (listado de sitios donde se encuentran profesionales parte de la red, en el país, donde garantizan ILEs y anticoncepción) se puede encontrar acá: <http://redsaluddecidir.org/index.php/quienes-somos/> (consultada en abril 2022).

⁹³ Utilizo la noción de “activismo de la calle” para referirme a aquel que disputa poder desde la calle como espacio político.

interior de un movimiento social - la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito (retomaré el rol de *la Campaña* en las esferas militantes feministas por el derecho al aborto, oportunamente en este capítulo) y contaba con un espacio propio en las paredes del centro y esto era permitido, aceptado o tal vez tolerado lo suficiente para seguir permaneciendo. En una conversación con Julia, una de las dos psicólogas del equipo y la más antigua en el centro, me cuenta que ella y algunas integrantes más del equipo como Victoria (médica) y Verónica (trabajadora social), aunque no el resto, formaban parte de *la Red*. En una de las paredes del gabinete donde Julia atendía, colgaba un cuadro pequeño bordado con hilos verdes con la frase “Contás con Nosotrxs” (utilizando la letra “x” en representación de una forma de lenguaje inclusivo), la “frase lema” de *la Red*, que se pensó en conjunto con *la Campaña* como una estrategia para visibilizar la existencia de profesionales de la salud que garantizan abortos legales y sobre todo, difundir información organizada (centros de salud, salitas y hospitales en ciudades, y barrios) a la que llamaban “recursero”. Julia llevaba el pañuelo verde colgado de su mochila. El gabinete era un espacio, que compartía con Verónica. Esta representación de *la Red* dentro del equipo de SSyR de la consejería evidenciaba una articulación entre el activismo feminista y la atención en salud sexual y reproductiva. El “contás con nosotrxs” representaba el mensaje a las mujeres y diversidades genéricas inspirado en una crítica implícita a una política pública con la “que no contás”, que no ha dado respuesta a todas/es. *La Red* actuaba como una suerte de garantía y confianza ante políticas públicas indiferentes que no se cumplían en todo lugar ni para todas/es. Las estrategias del activismo se utilizan para sortear los obstáculos que presenta el Estado. De hecho, ese activismo buscaba de manera activa diferenciar su narrativa de la narrativa estatal. *La Red* no utilizaba la noción de “embarazo no intencional” establecida en el marco del Plan ENIA del Ministerio de Salud de la Nación. *La Red* hablaba de “deseo”, aunque la noción de “deseo” no haya sido utilizada por las mujeres que asistían a la consejería del centro. En este sentido, pareciera que su retórica tenía más que ver con una expectativa de hacia dónde se

esperaba que las usuarias se dirijan, que la realidad en la que experimentaban sus abortos.

C) La retórica del Equipo de Salud Sexual y Reproductiva

Pegado sobre la puerta donde funciona la Enfermería había un cartel semi-arrancado con un dibujo fotocopiado en blanco y negro de una enfermera caricaturizada, agarrándose la cabeza, con gesto desesperado, en el que se puede leer en letra manuscrita (hecho a mano), en marcador negro de trazo grueso:

Anticoncepción de emergencia. Pastilla del día después.

El resto del texto donde presumiblemente se explicaría cómo tomarla o cómo conseguirla no se leía porque estaba arrancado. El cartel no era nuevo. Se notaba que hacía tiempo que estaba allí pegado, roto, casi ilegible. Era un cartel “casero”, hecho por el equipo, que evidentemente no se reemplazó por uno nuevo aunque fuese el único que había en el centro con esa información. Daniela consideraba un triunfo interno que este anticonceptivo lo entregase la Administración, en lugar de requerir de un/a médica para hacerlo, como requería antes. Esta disputa, como la de solicitud de entrega del folleto con los horarios de atención de la consejería en Farmacia, la extensión de la franja horaria de la Farmacia, que las administrativas cumplan su función en términos de atención y admisión, y que las ginecólogas articulen con el equipo y garanticen abortos, entre otras acciones incumplidas que quitaban poder al equipo y a las médicas que trabajaban en él, quienes eran imprescindibles para su funcionamiento⁹⁴ reflejaba quienes detentaban el poder.

El equipo también contaba con un folleto de elaboración propia. “Mirá, hicimos un folleto nuestro para informar, porque no nos dan material informativo

⁹⁴ Las/os médicas/os son las/os únicas/os profesionales de la salud que pueden recetar medicación para interrumpir un embarazo, firmar órdenes para hacer ecografías y recetas para la obtención de métodos anticonceptivos, ambas representan prácticas esenciales para el funcionamiento de toda consejería en SSyR.

desde el *Programa*. Daniela me lo muestra orgullosa. Es un díptico⁹⁵. Tienen pocos, imprimirlos en color es costoso. El folleto dice:

¿Estás embarazada? ¿Tenés dudas? Acercate. Contás con Nosotras!
Atención gratuita. Equipo de Salud Sexual.
Lunes - Viernes 9-16hs.
Educación Sexual para poder optar.
Anticonceptivos para no abortar.
Aborto legal para no morir.

El folleto del equipo tenía fondo negro, con letras en blanco y verde. Con una foto retocada de un puño en alto, con un pañuelo verde⁹⁶ en la muñeca, y unas ramas que parecían helechos con dos margaritas envolviéndolo, quizás indicando un florecer. Tenía además la foto de una pancarta donde se podía leer, escrito a mano, en mayúsculas de imprenta: “Educación Sexual para poder optar. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir”. El folleto presentaba una narrativa sencilla, sin referencias legales, ni menciones sobre autonomía ni derechos, aunque tomaba contenido e imágenes de las estrategias utilizadas por el activismo por el derecho al aborto *de la calle*. Con esto me refiero a que la foto de la pancarta que se puede ver en el folleto fue tomada en alguna marcha por “la causa”, y la gráfica del puño en alto es una imagen característica, un valor simbólico, de la militancia de *la Campaña*. El equipo tomó el lema de *la Red* (“Contás con Nosotrxs”), y lo modificó a “Contás con Nosotras”, en femenino (sin la “x”). Esta “adaptación” refleja la realidad contextual del centro. El equipo atiende mujeres ya que quienes se presentan en la consejería son mujeres, presumiblemente cis y heterosexuales ya que si bien no problematizaron su identidad de género, ni su orientación sexual, a través de sus relatos e historias de vida daban cuenta que mantenían relaciones sexuales con personas de un género diferente al suyo, en este caso, varones (cis). Al menos hasta el momento

⁹⁵ Folleto que se dobla con un único pliegue, quedando dividido en dos partes.

⁹⁶ El pañuelo utilizado en la gráfica del folleto del equipo no tiene el logotipo ni el nombre de la Campaña, que sí forma parte del pañuelo original. Sin embargo, el color y el hecho que sea un pañuelo (objeto pañuelo) en el contexto pos debate 2018 y con la popularidad de ese símbolo como relacionado a la lucha por el derecho al aborto, lo ubica como un objeto universal de referencia a la temática.

en el que finalicé mi trabajo allí y desde que la consejería empezó a funcionar allá por el año 2016-2017, no se habían presentado usuarias/es trans. La no utilización de la “x” en el folleto marcaba una de las diferencias y tensiones existentes con la retórica de *la Red* quien milita el derecho al aborto con el objetivo de que las políticas públicas de diseño e implementación estatal ministerial tomen determinadas formas y contenidos, en otras palabras, disputan su sentido. En el momento que realicé este trabajo de campo (pre Ley de interrupción voluntaria del embarazo) las/os integrantes de *la Red* no habitaban los espacios ministeriales, y recién estaban comenzando a establecer vínculos más o menos formales con las “feministas institucionalizadas”. Asimismo, se puede ver en el folleto una recuperación simbólica y narrativa del triple lema que acuñó *la Campaña* en su fundación, que, en su versión original es, “Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir”. Esta reconfiguración de un triple lema que aunque modificado, mantiene la asociación con *la Campaña* revela otro punto de tensión en el equipo. Tal vez, para algunas integrantes del equipo como puede ser el caso de Daniela, la asociación del triple lema tal cual se utiliza dentro del activismo por el derecho al aborto *de la calle* atentaba contra los significados y sentidos construidos dentro del centro de salud y podía resultar expulsivo para quienes asistían al centro y a la consejería, o para quienes fuesen a leer el folleto - potencialmente toda/o trabajadora/r del centro. El folleto del equipo representaba una “adaptación” al contexto y cubría un vacío que necesitaba ser llenado, pero también representaba una disputa de sentidos. Su contenido vislumbraba la heterogeneidad existente entre las integrantes del equipo en términos de pertenencia activista y de trayectorias personales. En un rato libre que tuvimos al final de un día agitado, tomando mate, Daniela expresó con cierta preocupación:

“Me parece que en el grupo hay como ciertas variables que tienen que ver con cierta trayectoria, sobre todo con respecto a lo que tiene que ver con la ILE. Hay cuestiones más militantes que se mezclan muchas veces”,

Al fin y al cabo, ese folleto es el que ellas diseñaron, el que las presenta y representa, para el adentro y el afuera del centro y de la consejería. El folleto y

su contenido ponía en evidencia una negociación interna, o mejor dicho, una síntesis de ella, donde el equipo logró consensuar las posiciones, sentidos y representaciones que sus integrantes le otorgaban a la práctica estableciendo de alguna manera características propias, tal vez más cercanas a las condiciones de posibilidad que ofrecía el centro donde se desempeñaban como efectoras de la política en cuestión.

Tanto en el folleto elaborado por el equipo como en la matriz desde donde surge *la Red*, se vislumbra la influencia activista y discursiva de *la Campaña*, una actriz que ha permeado de manera rizomal⁹⁷ diversos espacios de activismo feministas en sus inicios, y luego los trascendió. Desde su fundación en el año 2005, *la Campaña* ha actuado como un laboratorio de ideas y estrategias múltiples, con el objetivo de instalar en la sociedad y en el Estado el debate en torno a la necesidad de despenalizar y legalizar el aborto en Argentina. De carácter federal, y creciente representación en diferentes ciudades del país, se enfocó, entre otras acciones, en confeccionar un proyecto de ley de elaboración colectiva involucrando múltiples espacios feministas que despenalice y legalice el aborto en el país. Esta alianza política compuesta por organizaciones feministas, sindicatos, centros estudiantiles, académicas, partidos políticos, organizaciones de derechos humanos, colectivos de actrices, bailarinas, escritoras, periodistas, y gente *suelta* (como yo), entre muchos otros, defendió como una estrategia fundante, la pluralidad de voces (Rosenberg, 2020). Una de las más tradicionales estrategias de *la Campaña* fue la de recolección de firmas apoyando la legalización del aborto en la esquina del Congreso Nacional, órgano que ejerce el poder legislativo federal y desde donde iba a salir la Ley. *La Campaña* ha actuado como paraguas para la inclusión de múltiples espacios sociales activistas por el derecho al aborto, y su principal lugar físico de acción ha sido la calle. Desde allí, ha instalado un discurso persistente sobre

⁹⁷ Me refiero aquí a la acepción de rizoma utilizada en la biología, es decir, rizoma como tallo subterráneo con varias yemas que crecen de forma horizontal emitiendo raíces y brotes herbáceos de sus nudos, los cuales cumplen la función de órgano reservante de nutrientes.

despenalizar y legalizar el aborto, un discurso sobre derechos, autonomía, salud pública, justicia social y deseo. Los proyectos de ley elaborados y presentados sistemáticamente por *la Campaña* al Congreso Nacional han sido utilizados como modelo para la Ley que se terminó sancionando en diciembre de 2020, la ley de interrupción voluntaria del embarazo, Ley 27.610.

“El proceso a nivel social se dio y ayudó mucho al avance. En el 2019, después del debate notamos que aumentaron las ILE, y disminuyeron los anticonceptivos de emergencia que se distribuyen. Mirá, te diría que hay cuatro cosas que nos parece de gran avance este año (2019): que las ginecólogas derivan, que los anticonceptivos de emergencia se dan sin problema y vía el personal administrativo, o sea, ya no se necesita médica, que ahora se puede llenar un formulario que queda en farmacia, y las indicaciones en el fichero de enfermería para órdenes por 6 meses de anticonceptivos y que una mujer vino y pidió “una ILE”, sola, ella sola lo dijo, sabía qué pedir y lo hizo por motus propio”, (Exctracto del relato de Julia, una de las psicólogas del equipo, activista de la Red, el primer día que nos conocimos).

Este “hallazgo” las emocionaba y lo contaban como si lo imposible se hubiese hecho posible, algo extremadamente raro, y de hecho, eso era. Durante mi trabajo de campo, no escuché que ninguna de las mujeres que acudió al equipo en busca de una ILE, la haya solicitado sin más, de manera explícita, “con todas las letras”.

Todas estas dimensiones de activismo feminista, que deben sin duda analizarse de manera relacional, influenciaban los modos y prácticas del equipo de SSyR del centro en su tarea de implementar la política. Los carteles me permitieron “leer” esos espacios en disputa y fueron para mí una manera de mapear y afianzar mi entendimiento acerca de las posiciones y el universo de acciones de las efectoras de la política.

La posibilidad de implementación de una política pública destinada a garantizar la ILE y el acceso a MAC en el territorio, como la analizada en esta tesis, entendida como un proceso complejo y socio-cultural inmerso en los procesos

sociales cotidianos, en los “mundos de sentido” humanistas, en los protocolos lingüísticos y en las prácticas culturales que crean y sostienen esos mundos (Shore, 2010), ha sido producto de una articulación de las distintas esferas de activismos feministas, que han contribuido a configurar un entramado institucional (Fernández Vázquez, 2020). La presencia y narrativa discursiva de los carteles del centro de salud muestran cómo las diversas formas del activismo feminista se presentan, desde qué esfera disputan, cuáles ya han sido oficializados y cuáles están construyendo su propia narrativa en el territorio de implementación de las políticas. Cada una de estas formas se despliega con características propias, algunas compartidas, otras no, e instaura los modos en los que se ha ido materializando la política en el sistema público de salud. No se trata de esferas separadas, ni tampoco coincidentes, pero las considero interdependientes. En este punto, apelo al concepto de figuración de Elias (1991) que manifiesta *lo social* como un conjunto de relaciones y considera como centrales las interdependencias entre los grupos sociales ya que configuran la realidad social. Para Elias, la interdependencia es central en la definición de configuración, ya que no se puede estudiar la configuración solamente a partir de sus elementos, sino que se deben atender las relaciones de interdependencia formadas por los individuos. Estas tramas conformadas entre los distintos espacios de activismo feminista pueden ser pensadas en términos de lo que Elias (1991) denomina figuración, es decir, como relaciones de dependencia recíproca que ligan a las personas en múltiples direcciones, apareciendo como un concepto relacional. Plantea - a través del concepto figuración- una interpretación de procesos de construcción de la sociedad desde los individuos advirtiendo que estos no son totalmente libres y autónomos. Esta interpretación se complementa con una inserción del hecho histórico. Utilizo el concepto de figuración como base de análisis para referirme a aquello que observo que no es una relación sino un tejido de relaciones sin una única dirección, e imposible de ser disecado en niveles de jerarquía. El concepto de configuración social no concede ninguna primacía ni a la sociedad en su conjunto ni al individuo aislado, en cambio da

cuenta del movimiento dialéctico entre lo social y lo individual, entre las estructuras sociales y las estructuras de la psicología humana. En ese tejido, pude ver que las formas a través de las cuales las personas se relacionan son del tipo de dimensión procesual, el proceso de hacerse, el proceso de cambio (Elias, 1994). En esta definición, la posición de cada una/o en la configuración no es estática, sino que depende de los demás y se modifica en función de los cambios en las demás posiciones. Elias utiliza el término correspondencia para referirse a que la transformación que tiene lugar en una dimensión, “corresponde” una transformación en otra. Así las transformaciones ocurridas a nivel estatal con la creación del PNSSyPR obligaron a los servicios públicos de salud (y a las obras sociales) a proveer información y acceso gratuito a MAC a toda la población que lo solicite y si bien la ley a partir de la cual se creó el PNSSyPR no menciona al aborto, transformó el modo de pensar la salud sexual y reproductiva (Rosenberg, 2020), que al tiempo (2007), comenzó a impulsar el modelo de consejerías en SSyR, la elaboración de procedimientos y lineamientos para llevarlas adelante y un lenguaje común, que en un principio tuvo como efectoras/es a profesionales de la salud integrantes de *la Red*, así como profesionales no organizadas/os dentro de *la Red* que se autopercebían como “trabajadoras de la salud” (me referiré a este punto en el siguiente apartado). A su vez, la influencia de *la Campaña*, que fue ganando popularidad y también territorio, a lo largo de los años, acompañando la configuración de estos feminismos, en términos de feminismos como un espacio social fragmentado, heterogéneo y complejo (Masson, 2007), a partir de los cuales las feministas se reconocen entre sí: “*feministas activistas*”, “*feministas activistas por el derecho al aborto*”, “*feministas institucionalizadas*”, etc. Los distintos perfiles feministas⁹⁸ se caracterizan por su capacidad de transitar en diversos espacios como universidades, la *academia*,

⁹⁸ En este trabajo de tesis, no pretendo hacer una historia del feminismo argentino ni un mapa exhaustivo de todas las posiciones, colectivos e individuos que se consideran parte del feminismo sino un trabajo etnográfico de las acciones, eventos, espacios y narrativas feministas a fin de comprender a los feminismos relacionados con la salud sexual y reproductiva, predominantemente aborto y acceso a la anticoncepción, como una forma particular de agrupamiento (Masson, 2007).

organismos gubernamentales/Estado, la participación en los encuentros nacionales de mujeres (Alma y Lorenzo, 2009), agencias internacionales, ONGs, entre otros, y esta multi posicionalidad les otorga la posibilidad de hacer circular entre los diferentes espacios un determinado lenguaje y una determinada visión de mundo (Masson, 2007), que se va extendiendo públicamente e impacta en el territorio, donde se significa y actualiza a partir de la interacción del propio equipo, y con las destinatarias.

3. Los distintos perfiles de las efectoras de la política

La dimensión “militante” que se observa en algunas integrantes del equipo, como expresa Daniela, repercute en sus esquemas de percepción y apreciación acerca de la reproducción (anticoncepción, embarazos, abortos) y de las mujeres que demandan atención en el centro en torno a su salud sexual y reproductiva. Recuperando la postura de Daniela que surge en la entrevista al inicio de este capítulo, se ilustran algunas de estas diferencias. Para Daniela, su tarea en el centro de salud, en particular en la consejería de SSyR, no era *militante*, sino que era de *trabajadora*, diferenciándose y marcando su posición en *lo institucional*. No obstante, para ella cumplía un *compromiso* por lo público, en particular con la gestión de las políticas públicas que garantizaban ILE. “Tengo que garantizar un derecho que el Estado tiene la obligación de dar. Es estalinista lo mío. Es tipo el Estado es esto, es por causales. Vamos para adelante”. Al mismo tiempo, dejaba en claro que a las marchas iba y que estaba “recontra de acuerdo hace 25 años” con la causa, a modo de exageración, pero como forma de mostrar que el hecho de no autopercebirse *militante* no quería decir que no acordara con ciertos aspectos de los *rituales militantes* como ir a una marcha y defender una causa “en la calle”. No le pregunté a Daniela si se consideraba feminista, pero de haberlo hecho, apuesto que su respuesta hubiese sido que sí. Ella sabía que ejercía una práctica considerada feminista como la de garantizar ILE. La versión interiorizada del “ser feminista” y el “feminismo” como una manera de pensar el mundo y pensarse a sí misma posibilitan que las mujeres ejerciten su práctica

militante desde la posición social (incluyendo la profesional) que cada una ocupa (Masson, 2007). La distinción entre *acción individual y colectiva* se desdibuja debido a que por más que una mujer actúe individualmente, sus prácticas se hacen efectivas en la utilización de argumentos colectivos, contruidos a partir de acciones conjuntas. Una acción puede ser individual y hacer referencia al mismo tiempo a una *persona colectiva*, en este caso el feminismo, sin que esto signifique que se actúa en representación de la misma, haciendo posible que se desplieguen prácticas feministas en todos los ámbitos donde haya mujeres feministas (Masson, 2007). Esta relación entre lo individual y lo colectivo generaba tensión en Daniela,

“Yo digo “nosotras” porque formo parte del equipo de salud sexual... pero la verdad es que yo no me encuentro del todo incluída en eso viste de “me rapo, me pongo el pañuelo y me pongo en actitud de mostrar las tetas.”

En esta idea de ponerse en “actitud de mostrar las tetas”, surge otro eje de análisis que tensiona dentro del equipo, y sobre todo hacia el afuera, que es el de gestionar una política pública desde el activismo feminista, apropiarse de ese rol, de sus atributos y de los aspectos simbólicos que se juegan en los procesos de intercambio y socialización. En la *militancia* de “mostrar las tetas” la acción de “mostrar las tetas, raparse y portar el pañuelo verde” se presenta como un repertorio necesario, un conjunto de *valores* a transmitir, presentados como autoevidentes y legítimos que incluyen discursos, narrativas, símbolos y significados que buscan interpelar a las/os colegas, a las destinatarias, y principalmente a toda/o quien quiera o no, escuchar.

Daniela pensaba a la *militancia* en términos de “intensidad”, y eso queda plasmado cuando destaca el estilo militante de “*Católicas por el Derecho a Decidir*”⁹⁹, como *beneficioso* ya que ellas “se sientan con todo el mundo”, al estilo

⁹⁹ Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) es una ONG cuyo objetivo es el de promover los derechos de las mujeres desde una perspectiva ética, teológica, católica y feminista, especialmente los que se refieren a la sexualidad y la reproducción humana, buscando influir en la sociedad y en las iglesias, en alianza con las diferentes expresiones del movimiento social local y global. Es co-fundadora de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. <https://catolicas.org.ar/>

“más de las viejas”, contraponiéndolo a la *militancia* de “mostrar las tetas”, dos niveles de “intensidad” opuestos. El origen de CDD se inserta en una trama que define su estilo de militancia “moderada”, un estilo que Daniela significa como positivo adquirir para las prácticas del equipo. Lo cierto es que esto demuestra que el colectivo del activismo por el derecho al aborto y quienes se identifican con él presentan configuraciones heterogéneas que responden a variados intereses y compromisos así como ocupan distintas posiciones dentro de esta trama de correlaciones de fuerza.

Al final del relato de Daniela aparece una dimensión más acerca de la tensión de las médicas respecto a la relación con las instituciones universitarias que las forman como profesionales. Daniela, médica recibida de la Universidad de Buenos Aires (UBA) relata que desarrollar su práctica en el centro de salud “fue romper con todo lo que había aprendido en la UBA”. Daniela se refiere a haber sido formada dentro de lo que llamamos el “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1988), que parte de una concepción de la salud y de la medicina que es individual y biologista. Considera la enfermedad como un hecho puntual e ignora que el individuo está inserto en un medio de relaciones. De esta concepción de la práctica, surge como resultado una excesiva especialización, fragmentación, y negación de los factores sociales influyentes (Menéndez, 1988). Esta distancia abismal que Daniela describe como la existente entre los conocimientos aprendidos en esa universidad y los adquiridos para ejercer la práctica en el centro de salud y en la consejería terminó siendo transitada por ella y la define como “un re trayecto”, un cambio de paradigma en sus modos de ejercer la medicina.

Al menos hasta la sanción de la ley de IVE, en la UBA no enseñaban sobre aborto en términos de derechos ni con perspectiva de género. El aborto quedaba ubicado en asignaturas como Bioética y Medicina Legal. Esto que refiere Daniela me involucra como activista de *la Campaña* quien tomó la iniciativa de establecer el diálogo con estudiantes de ciencias médicas de la UBA con el fin de determinar un estado de situación, un relevamiento y armar una cátedra de *la Campaña* en

esa facultad (que se llamó Cátedra Libre “El Aborto como problema de salud”), tal como la que existe ya en la facultad de ciencias sociales de la UBA, mi punto de ingreso a la Campaña en el 2016. Fui parte de esta iniciativa en la facultad de ciencias médicas de primera mano junto a otras integrantes de *la Campaña* así como de *la Red*. Luego de esos diálogos, se confeccionó un programa y se lanzó la cátedra junto a una nueva Red, la “Red de Estudiantes de la Salud por el Derecho a Decidir”. La Red de Estudiantes fue la guía en ese dictado, que en su primera clase tuvo la suficiente cantidad de cobertura mediática que las autoridades de esa facultad nos convocaran para informar que ya no existiría aula disponible para dictar esta cátedra. “Esta será la primera respuesta académica sobre interrupción legal del embarazo en esta facultad y buscará abrir paso a la discusión de una problemática social, de derechos humanos y de ejercicio de la autonomía como es el aborto”, replicaban los medios allá por octubre del 2017. El objetivo de esa inserción en la facultad no solo fue política, con el fin de visibilizar la necesidad de una Ley, sino para que la cátedra sea incorporada a la currícula de esa facultad como una materia optativa en las carreras de ciencias médicas y abra un espacio para el aprendizaje y debate sobre aborto en términos de derechos y como un problema de salud pública. El desafío de desandar lo aprendido y volver a andar otro camino, con una perspectiva de derechos como la que plantea y enuncia en sus guías y lineamientos la política pública de acceso a la ILE, era no solo un camino individual sino colectivo, que se nutría de las reuniones de equipo mensuales, y de las múltiples disputas cotidianas que desafiaban constantemente los sentidos y las prácticas de quienes llevaban adelante la consejería. ¿Cómo se manifestaban estas prácticas que responden a los distintos perfiles de las efectoras de la política en sus construcciones de sentido para el ejercicio de su rol? Para comprender por qué funcionan o no las políticas, necesitamos saber algo sobre cómo son recibidas y experimentadas por las personas afectadas por ellas (Shore, 2010). Sobre cómo le afectan los modos de implementación de la

política, cómo se las involucra y cómo se involucran es lo que intentaré analizar a continuación.

4. Y para las destinatarias, ¿qué significa todo esto?

Un viernes por la mañana salimos al barrio con el equipo de abordaje territorial, una actividad que el centro de salud llevaba adelante como estrategia de acercamiento a la comunidad, para construir APS por fuera de la atención en el consultorio¹⁰⁰. Con Daniela y dos médicas del centro de salud vecino montamos una mesa pequeña portátil con un cartel: “Consultoría Métodos Anticonceptivos y Salud Sexual” en lo que era una canchita de fútbol de las tantas que había en el barrio. La actividad había sido difundida en las redes sociales del centro, a través de un flyer que convocaba a “hacerte el test del VIH”, donde en la leyenda del *posteo* se agregaba: “También va a haber posta de vacunas y consejería de salud sexual integral. Acercate!”. Las personas que consultaron dijeron haberse acercado porque “justo pasaban por ahí” o “una vecina les dijo que estaban”. Nadie mencionó haberse enterado por redes sociales. Las redes sociales no habían sido, evidentemente, medios de difusión que funcionaron para esta actividad. Primó la espontaneidad y el “*boca en boca*” de las redes comunitarias, de conocidas y vecinas. El montaje de los gazebos, la cartelería y la gente en ambo circulando por la canchita de fútbol armaban una escena que difícilmente pasara desapercibida entre las/os oriundas/os del barrio. El sol pegaba fuerte. Serían las 10:30 de la mañana, quizás un poco más tarde. Una mujer se acercó a la mesa donde estábamos con las médicas y preguntó por la ligadura de

¹⁰⁰ El Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA decreta en 2016 la Norma SSAPAC DGSCOM 01/16, la cual establece los lineamientos de implementación de los Equipos Básicos de Salud en los CeSAC. Dicha norma formaliza como estrategia de atención en el primer nivel a los Equipos Básicos de Salud. El Programa Nacional de Abordaje Territorial funciona bajo la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, dependiente de la Secretaría de Equidad en Salud y creada con el propósito de gestionar el abordaje de la salud comunitaria promoviendo estilos de vida saludables, fomentando la acción multisectorial y fortaleciendo la responsabilidad comunitaria para mejorar las condiciones de salud vía la Decisión Administrativa 457/2020. Líneas de acción: <https://www.argentina.gob.ar/salud/comunitaria/lineas-de-accion>.

trompas. Se llamaba Blanca y tenía 38 años. Daniela anotó los datos en la planilla de registro y agarró un folleto color fucsia del Ministerio de Salud que estaba sobre la mesa: “Métodos anticonceptivos: ¿Cuáles son? ¿Cómo se usan? ¿Dónde puedo conseguirlos?”. Con el folleto en la mano, detenida donde mencionaba la ligadura de trompas, le explicó a Blanca en qué consistía la intervención. “Tenés que hacerlo en un hospital y entrar por *gineco*. En el Piñero lo hacen”, dijo y luego, describió el circuito para poder hacerla, que era tan largo y engorroso y Daniela lo relataba tan rápido que no logré registrarlo, ni entenderlo. ¿por qué iba tan rápido?, pensé. Luego me di cuenta que para ella, era un caso perdido. “¿Vos cuántos pibes tenés? ¿Bebés ya está?” le preguntó Daniela. Blanca tenía 3 hijos. “Mirá que te puede llevar como 4 meses eh”, dijo Daniela. “Si, pero no me importa, me lo quiero hacer”. “Bueno..., mirá..., vos vas con este folleto al hospital y les decís: “Este es mi derecho, ¿ves? Acá dice Anticoncepción Quirúrgica (AQ)”, señaló Daniela en el folleto. “Tomá, llevatelo”. Blanca escuchó atenta las explicaciones, estaba decidida. Las médicas le sugirieron que se aplique “el inyectable” mientras tanto, con el objetivo de recomendar algo que le daría cierto tiempo para evaluar sus opciones y eventualmente iniciar la travesía hacia la ligadura tubaria. Blanca aceptó. Le hicieron la orden para que lo retire en la farmacia y le tomaron la presión. “Hasta ahora no tuvimos ningún caso de éxito con la ligadura”, me dijo Daniela cuando Blanca se fue. “Pero está convencida” le dije. “Sí, pero ya se va a desconvencer porque no sabés todo lo que lleva. Son unos hijos de puta”. La ligadura tubaria, un método de larga duración irreversible, era una práctica muy infrecuente en el sistema de salud público y dependía de la especialidad en ginecología. Tanto el procedimiento de ligadura de trompas como la colocación del DIU revelaban que aún siendo métodos de larga duración considerados los más eficaces y difundidos por el propio Estado, presentaban para el equipo y las usuarias de la consejería impedimentos no solo materiales como mostré en el capítulo 2 (espacio, expertise en la colocación) sino de recursos humanos por depender además de la ginecología, una disciplina que mostré en esta tesis ha tenido un

rol en obstaculizar e impedir el acceso a la salud sexual y reproductiva en el centro de salud, en los términos de las acciones de políticas de ILE y MAC. Viendo a Blanca alejarse con el folleto en la mano, me quedé pensando... ¿Estarían claros para Blanca sus derechos? ¿Qué le terminaría diciendo a quien la atendiera por este tema en el hospital? El lenguaje de derechos no estaba presente en el discurso de Blanca. Ella manifestó su necesidad de manera simple y clara. El lenguaje de derechos demandaba una exigencia: aprender a expresarse utilizándolos. ¿Cómo involucrar a Blanca para que se enfrente a la demanda de sus derechos en ese hospital? Se le demandaba un ajuste, el aprendizaje de las reglas de un juego nuevo para ella. Se le presentaba un escenario desolador que iba a recorrer en soledad. Como señalan Correa y Petchesky (1995), cualquier derecho es vacío sin las “condiciones habilitantes” para realizarlo, que constituyen “derechos sociales” cuya provisión es esencial para eliminar las injusticias sociales. Las autoras critican el discurso de los derechos por su lenguaje indeterminado, su sesgo individualista, su presunción de universalidad pero convocan a reconstruirlo para que incluya y especifique género, clase, diferencias culturales y reconozca las necesidades sociales (Correa y Petchesky, 1995). Daniela sabía que ese derecho no se le otorgaría a Blanca, aunque fuese con el folleto y repita lo acordado. La solicitud de ligadura tubaria a través de la voz de Blanca evidencia que el Estado no existe como ente homogéneo, sino que está siendo constantemente permeado y transformado. El Estado no tiene entrañas, no tiene sentimientos ni buenos ni malos, ni es una institución monolítica donde se concentra el poder, dice Foucault (2007, p. 96), sino que el Estado no es nada más que el efecto móvil de un régimen de gubernamentalidad múltiple. Las usuarias no son ajenas a las tramas de significados y disputas consecuencia de los avatares de la implementación de la política sino que se ven afectadas en la medida que no se involucra su voz en un sistema de dominación donde la subalternidad queda en silencio, sin darle un espacio o una posición desde la que pueda “hablar” (Spivak, 1998).

Al siguiente jueves, atendimos con Verónica (una de las dos trabajadoras sociales del centro) a Silvina, de 28 años, 2 hijos, por un control pos. Había realizado el tratamiento de ILE la semana pasada. “Me siento mal. El martes empezaba a estar mal. Me empezó a salir demasiado. Estuve por ir al hospital pero al final no fui. Me canso cuando hago las cosas”. Silvina tenía a su hija en brazos. “Estamos esperando a Victoria que es médica”, dijo Verónica. “Te vamos a pedir una eco para ver, ¿sabés?”, le dijo. Verónica no podía resolver esta situación sola porque no podía interpretar los síntomas médicos ni hacer una orden para una ecografía. Su profesión se lo impedía. Necesitábamos a una médica. La presencia médica en la consejería tal cual funcionaba era irremplazable. Llega Victoria y busca la historia clínica de Silvina. “Bueno, te voy a revisar”. “Nosotras salimos”, dijo Verónica. “No hace falta. Solo la voy a revisar clínicamente”, contestó Victoria. Le llevó menos de 5 minutos hacerlo. “Te voy a pedir una eco por guardia para que te la hagas hoy mismo en el hospital y me la traigas mañana. Yo ahora no te puedo revisar, porque este es un consultorio clínico y necesitaríamos un consultorio de ginecología. Recién mañana te puedo revisar porque voy a estar en un consultorio de ginecología”. En esta situación, no se efectiviza una derivación a las ginecólogas del centro que ese día atendían (era jueves). Victoria le ofreció atención con ella para el día siguiente, día en el que las ginecólogas no estaban y Victoria llevaba adelante su propio consultorio de ginecología, ese espacio conseguido “con mucho laburo fino con las administrativas”. La tensión existente entre el equipo y las ginecólogas presentaba en este escenario un impacto directo sobre las usuarias. Más allá de las voluntades, subyacen intereses en la distribución, mantenimiento y transferencia del poder que se disputaba entre ambos grupos que terminaban determinando, y como se puede ver en esta situación, restringiendo el acceso de las usuarias a los recursos disponibles.

Para finalizar este capítulo, quiero llamar la atención sobre las personas que en el mundo de las destinatarias, hacen efectivas las prácticas de ILE sin necesidad de sostener una retórica para si mismas u otras, de promoción del

derecho al aborto, y sin embargo, considero vitales para que el acceso termine siendo efectivo.

Una de las cosas que se fue tornando evidente a lo largo de mi trabajo de campo en el centro de salud fue que la consulta al equipo de SSyR en el marco de la consejería era un espacio ajeno a la presencia masculina. Los varones no formaban parte del espacio de las consejerías. Los varones aparecían en los relatos, cuando llegaba la pregunta: ¿te cuidabas? ¿y qué pasó? No venían acompañadas por sus parejas, novios, maridos, amigos a la consulta ni expresaban contar con algún varón cercano que acompañe en el proceso de abortar. Las mujeres venían solas, en compañía de sus hijas o hijos o con otras mujeres que las acompañaban a consultar, y/o a interrumpir sus embarazos, que se quedaban al cuidado de sus hijas/os. A veces eran amigas, a veces compañeras de trabajo, muchas veces vecinas, varias veces familiares, primas, tías. En el consultorio escuché frases como,

“A veces no tengo crédito en el celular. Te doy también el teléfono de una amiga, la que me va a acompañar, aunque todavía no le dije”... “Mi amiga faltó a trabajar para quedarse conmigo”... “Vinimos hasta acá con mi hermana y mi prima. Nos tomamos un taxi las cuatro juntas”... “Ellas me acompañaron”... “Una amiga de mi hermana sabía de este lugar, ella ya vino por lo mismo y me dijo que me va a acompañar, ella ya sabe, viste”.

Se trataba de mujeres que acompañaban y sostenían la práctica de aborto. Tejían redes que funcionaban por fuera del activismo por el derecho al aborto que se reconoce feminista que responde a la pertenencia a un movimiento social, tal cual lo planteo en apartados anteriores en este capítulo. Eran redes sin rastros de activismo feminista, que tenían un rol clave en la implementación de la política de cumplimiento de una ILE: acompañarla. Se afianzaban buscando asegurar estrategias de supervivencia para que el escenario y su propio contexto les permitiera interrumpir ese proceso que estaba ocurriendo en su cuerpo. “Ayer cuando se hizo los tests, salió corriendo a buscarme. Es que yo soy la prima mayor”, dijo Lucila, de 18 años. Lucila trabajaba, y con parte de su sueldo, pagó

el remis para acompañar a su prima menor al centro de salud. “Es que ella va a la escuela. Y la madre, no sabe nada. Si sabe, la mata”, contó durante la consulta. Una estrategia autogestionada entre pares, que de alguna manera, se encontraban en terreno propio, por fuera del sistema de salud, y en adecuación al contexto. En el reconocimiento de estas redes, se refuerza la idea de *cuidado* que está íntimamente relacionada al rol doméstico, siendo los cuidados de la salud y la familia (las/os hijas/os) parte esencial de dicho rol, una dimensión relacionada con representaciones de género femenino (Pozzio, 2011; Faur, 2014). Estas redes, de dimensión intersubjetiva, establecidas *ad hoc*, y que la política no provee, se revelaban como necesarias para que se cierre el ciclo de la política que compete a garantizar una ILE.

En este capítulo, intenté mostrar cómo el activismo feminista por el derecho al aborto, que incluye múltiples espacios de feminismos y feministas con sus propias trayectorias y posiciones dentro de la trama de construcción de la política, permea y se instala en diferentes niveles en todo el ciclo de la política estudiada, desde su diseño, actualización e implementación. Asimismo, conecta y tensiona los vínculos establecidos con el resto de las/os trabajadoras/es del centro de salud, que se configuran, y actualizan en las decisiones llevadas adelante. Ilustré las tensiones y estigmas contruidos para con el equipo, y a través del contenido narrativo de una serie de carteles conteniendo información sobre aborto y anticoncepción pude indagar sobre las distintas dimensiones de activismo, en sus distintos grados de legitimación, que se interrelacionan para configurar una política pública que toma forma en el territorio del centro de salud y afecta a las destinatarias de distintos modos.

CONCLUSIONES

Escribo estas conclusiones en un momento en que Argentina cuenta con una ley de interrupción voluntaria del embarazo. La Ley 27.610. Una ley que permite abortar, sin dar explicaciones, hasta la semana 14 de gestación de manera segura y gratuita. Una ley que es el resultado de múltiples voluntades y acciones que de manera sostenida y atravesadas por múltiples tensiones políticas construyeron un cuerpo de activismo feminista por el derecho al aborto, con ideales integrales extensibles al derecho a acceder a métodos anticonceptivos de manera libre y gratuita y a ejercer una sexualidad libre y plena, entre otras cosas. Una ley desde el feminismo, para todas, todos y todes¹⁰¹.

En el momento que realicé esta investigación esa ley aún no existía, y solo se podía abortar bajo la modalidad de *causales*, dependiendo de las voluntades de las/os profesionales de la salud que quisieran enmarcar ese aborto que podría considerarse ilegal en uno legal. Este *pasaje* además requería contar con provisiones de medicación para hacerlo (el único método disponible en el nivel primario de atención de la salud era el aborto con misoprostol), o en su defecto conseguir una prescripción médica para acercarse a una farmacia de las poquísimas que venden misoprostol y pagarlo del bolsillo propio. Asimismo, tener la posibilidad de realizarlo *en casa* (por fuera del sistema de salud) y contar con esos días disponibles en el trabajo o estudio para poder recuperarse, algo que no estaba garantizado por el Estado.

Esbozaré a continuación, a modo de conclusión, los principales puntos que abordé en esta tesis y que considero son de vital importancia tener en cuenta a la hora de diseñar una política pública en salud sexual y reproductiva, especialmente aquella vinculada a la anticoncepción pos evento obstétrico.

¹⁰¹ Utilizo aquí el lenguaje inclusivo con la intención de incluir tanto a las/les sujetas/es de derecho del aborto como a las/les sujetas/es de lucha por el derecho al aborto voluntario, así como a cada integrante de la sociedad civil argentina.

Comprender las condiciones de posibilidad del territorio donde me propuse estudiar la implementación de esta política pública resultó clave para entender sus alcances y limitaciones así como el entramado de relaciones y los sentidos que las actrices y actores involucradas/os le otorgan. Experimenté un contexto de escasez de recursos, y de tiempos donde hizo falta la presencia de Roberto, que adquiere roles que trascienden sus tareas diarias para administrar los tiempos y las energías humanas, para regular la demanda cotidiana y adecuarla a la *posibilidad*. Considero que esto fue un punto central de esta tesis, el ejercicio de un rol esencial para garantizar el acceso a la atención, que en este caso se materializa en la figura de personal de vigilancia, pero seguramente en otros centros de salud puede ser asumida por personas que desempeñan otros roles. Lo importante es la identificación de un rol que la política no contempla ni predice como necesario, que en el caso analizado no es desempeñado por personal de “admisión”, y termina materializándose en una estrategia *ad hoc* imprescindible para sostenerla. La presencia de Roberto me mostró que, si bien la política habla de acceso a la salud, no ha pensado en él, ni en cómo integrarlo, o si acaso debe ser formalmente integrado teniendo en cuenta los juegos de legitimidad-ilegitimidad que se dan en la solicitud de las interrupciones de los embarazos.

La cuestión moral de la reproducción encarnada en el aborto no solo impactaba en el acceso a la práctica, sino también en las relaciones internas del equipo que intentaba llevarla adelante, y esta situación era no obstante un elemento de estrés y tensiones para las integrantes del equipo. Además de trabajar en un contexto de escasez, sin un lugar físico propio -no contaban con un consultorio permanente para atender, sino con el que estaba disponible al momento de necesitarlo-, ni un lugar propio simbólico, uno que no era de plena legitimidad en tanto la tarea que realizaban no era totalmente aceptada (aunque si tolerada) en el centro. Las “aborteras” buscaban hacer su trabajo, lidiando con cierto estigma y con la deslegitimación todavía presente en la sociedad, aún luego del histórico debate por la legalización del aborto que tuvo lugar en el año 2018, y la *despenalización social* alcanzada.

En este sentido, la cuestión moral permea aún a quienes están a favor del aborto y deciden llevar adelante las prácticas, pero esperan a cambio una cierta solidaridad, una compensación afectiva, moral o de satisfacción por parte de las destinatarias de la política que no obtienen si no vuelven para aceptar un método anticonceptivo de larga duración que evite nuevos embarazos no deseados. Esto que esperan como contraparte, ajusta en la estrategia de AIPE, que se constituyó como otro de los hallazgos de este trabajo de investigación. Esta instancia estaba íntimamente vinculada a la idea de *oportunidad de intervención* en la trayectoria reproductiva de quien acababa de abortar ya que, una vez colocado, ingresa el cuerpo en una pausa reproductiva por al menos 3 años. Una oportunidad para reconducir proyectos de vida, un punto de regulación y normativización de los asuntos de la sexualidad, pero además, una estrategia que permite un cierto grado de aceptación moral que sintetiza la dimensión de tolerar y condenar, en tanto se tolera si luego se asegura impedir que ocurra otro embarazo seguido de aborto. Tal vez parte de una necesidad de justificarse a si mismas y hacia las/os demás ante una práctica que no termina de adquirir plena legitimidad. Esta estrategia resulta también útil desde el punto de vista estatal porque aporta predictibilidad a la política pública en términos de recursos humanos y económicos. Asimismo, contribuye con el planeamiento y la organización del Estado.

Sin embargo, las destinatarias muchas veces no volvían a la consejería luego de abortar. Aproximadamente la mitad de los casos de ILE que presencié (no logré acceder al lugar de residencia de todas quienes consultaron, pero sí de muchas) eran mujeres que no residían en el barrio, y que viajaban de lejos para llegar al centro en busca de medicación con la información conocida de antemano que alguna amiga, familiar o vecina le había facilitado. Esta lejanía afectaba la posibilidad de volver al centro para cumplimentar con la estrategia de AIPE lo que convertía al centro de salud en una suerte de dispensatorio de medicación, lo cual iba en detrimento de lo que se intentaba promover bajo los términos de la

estrategia de APS: estrechar vínculos de confianza entre el centro de salud y sus usuarias/os y promover una continuidad en el tiempo de atención en salud.

Encontré también que los modos de acceso para conocer dónde abortar legalmente, por dónde y cómo circula esa información, provenía de fuentes informales en ocasiones fragmentada de *redes de confianza* y no de fuentes estatales¹⁰² ni a través de haberse contactado o vinculado con el activismo por el derecho al aborto, como por ejemplo, a través de *la Red* o de *la Campaña*. El activismo no funcionaba, en este caso, como una fuente de información para las destinatarias de la política pública, a pesar del crecimiento en popularidad e instalación de la temática de aborto a nivel social y mediático de los últimos tiempos. El activismo feminista por el derecho al aborto abría otros caminos. El de las reivindicaciones, el de las transformaciones en las que se busca producir una modificación a partir de imprimir un nuevo sentido a normas instituidas mediante experiencias, pautadas y compartidas (Masson, 2007). El de un trabajo político que consiste en legitimar la decisión de abortar, en movilizar y crear recursos lingüísticos y materiales necesarios para permear espacios de decisión política como el Congreso Nacional, y de influencia de opinión pública como los medios masivos de comunicación para lograr cambios sociales y culturales profundos, además de una ley de aborto voluntario. Quienes experimentan abortos y quienes forman parte del debate de la *cuestión del aborto* establecen relaciones de dependencia recíproca que ligan a las personas involucradas en múltiples direcciones, dando cuenta de un movimiento dialéctico entre lo social y lo individual, entre las estructuras sociales y las estructuras de la psicología humana donde la transformación que tiene lugar en una dimensión, “corresponde” una transformación en otra (Elias, 1994, 1991).

Como vimos a lo largo de la tesis, el equipo estaba conformado por “militantes” por el derecho al aborto y por “trabajadoras” que no se consideraban militantes,

¹⁰² Me refiero a la Línea telefónica Salud Sexual (0800-222-3444), del ámbito oficial del Ministerio de Salud de la Nación.

sentidos que se reflejaban en las prácticas y en las dinámicas de interacción con las destinatarias y con el resto del centro, en los modos de atención, y en el lenguaje de derechos utilizado como modos de legitimación en los discursos de autonomía. Ese lenguaje que proviene de los feminismos (Masson, 2007), y que ingresa al Estado, permea el diseño de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva y de múltiples acciones de política relacionadas, es considerado un gran avance en contextos de disputas feministas (por ej. transformación del lenguaje legalista al lenguaje de derechos).

Esta investigación muestra cómo se traduce en la implementación específica, en el cara a cara con las destinatarias ese discurso construido con un fin específico a un contexto que le es desconocido. Aquello que en una esfera resultó esencial - la conformada por los activismos que supieron llevar la cuestión del aborto a la agenda pública y convertirlo en un problema público -, en otra - el consultorio -, presenta mayores dificultades. A pesar de promoverse, no se lograba instalar que existen derechos que se pueden ejercer y exigir en relación a la propia sexualidad. En la convivencia en el centro, en las disputas con las ginecólogas, identificadas en ese contexto y con relación a ese tema como los “carcamanes” del centro, sobrevivientes del pasado generaba quiebres, fisuras, complejidades, acuerdos y desacuerdos. Así como se admite la *posibilidad* del aborto al mismo tiempo que se le concede un lugar marginal (Boltanski, 2004), puede vislumbrarse lo que ocurre con la militancia en este contexto, donde habita el estigma, que recae en la percepción de lo que comprende la consejería, su función y sus integrantes. “El equipo es un poco una isla”, dice Daniela, que no termina de conectarse con el resto del centro. Esta convivencia perjudica más al equipo de SSyR que a las ginecólogas/obstetras que tienen asegurada su práctica de especialización que responde a un modelo hegemónico de ejercer la medicina (Menéndez, 1988), su legitimidad, por cuidar la salud de las mujeres y asegurarse que se sigan trayendo hijas/os al mundo.

Una investigación etnográfica como la que acá desarrollo es también poner en valor esas acciones que quedan frecuentemente invisibilizadas en las

evaluaciones estatales cuantitativas y de indicadores acerca de las políticas públicas. Poner a dialogar los saberes y las prácticas propias de mi formación académica pasada (como bióloga) y presente (en el campo de la antropología), junto con los adquiridos durante mi activismo feminista por el derecho al aborto resultó ser un recurso de enorme aprendizaje para mi formación como investigadora ya que me impulsó a atender con mayor ímpetu mi reflexividad y pensamiento crítico. No obstante, considero que este trabajo puede resultar un parámetro útil en el análisis sobre la implementación de políticas públicas en contextos de escasez donde se revela que una política se diseña dentro de un espacio, con un determinado conjunto de supuestos, que luego debe ser “negociada” en el territorio donde pretende aplicarse en una relación estrecha con quienes la gestionan. En estas disputas que muestro, se puede ver que el Estado no es una categoría homogénea sino una pluralidad de experiencias, conformado por personas que gestionan recursos y los distribuyen con diferentes grados de compromiso (el feminista, el compromiso por lo público) y responsabilidades, y sus decisiones conjugan tanto la responsabilidad acorde a la posición que ocupan como sus saberes y compromisos. Asimismo, los activismos feministas que disputan sentidos sobre las prácticas de aborto así como sobre el control de la reproducción (biológica), permean y se mantienen vigilantes de esas políticas, desde afuera, desde adentro, y de abajo para arriba, y en algún sentido, el de paraguas de persistencia y disputa, desde arriba para abajo.

Un hecho histórico me atravesó al momento de estar cerrando la escritura de esta tesis. La Corte Suprema de Estados Unidos anuló el viernes 24 de junio la histórica sentencia conocida como “Roe contra Wade”, que desde 1973 garantizaba el derecho al aborto en el país. Este hecho inusitado que ocurre luego de transcurrir 50 años de legalidad, demuestra que la garantía del derecho al aborto es una preocupación, una eterna disputa. Pero también demuestra que las mujeres que abortan y cometen este crimen femenino por excelencia

(Rosenberg, 2020), pueden no tener el derecho a hacerlo, pero tienen el poder; un poder ilegítimo, que no obstante se ejerce (Klein, 2005). En ese poder reside la fuerza que hace valer la lucha por su legalización.

BIBLIOGRAFÍA

Adaszko, Ariel (2005) "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo" en Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Gogna, Mónica (coord.) - 1a ed. - Buenos Aires: CEDES.

Albornoz, Mario (2007) *Los problemas de la ciencia y el poder*. Revista iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad. v.3 n.8 Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Alma, Amanda y Lorenzo, Paula (2009) *Mujeres que se encuentran: una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina, 1986-2005*. Buenos Aires, Feminaria Editora.

Alvarez, Sonia (2000) *Gênero nas Políticas Públicas: impasses, desafios e perspectivas para a ação feminista*, Coleção Cadernos Sempreviva, SOF, Sao Paulo, p. 10

Anzorena, Claudia; Zurbriggen, Ruth (2013) "Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina". En: Anzorena, Claudia; Zurbriggen, Ruth (coord.) *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*. Buenos Aires, Herramienta, pp. 17-38.

Balbi, Fernando A. (2012) "La integración dinámica de las perspectivas nativas en la investigación etnográfica", en *Intersecciones en Antropología*, Vol. 13, No. 2, págs. 485/499.

Bellotti, Mabel (2003) *Movimiento de Mujeres y Movimiento Feminista. Para una discusión abierta y plural*. Buenos Aires, Colección Aportes. Editorial Librería de Mujeres.

Bellucci, Mabel (2014) *Aborto y feminismo. Historia de una desobediencia*. Buenos Aires, Capital intelectual.

Belzer, M; Sancez, K.; Olson J.; Jacobs A.J. (2005) *Advance Supply of Emergency contraception: A randomized Trial in adolescent Mothers*. *Pediatr Adolesc Gynecol* 18:347-354.

Bergallo, Paola (2014) "The struggle against informal rules on abortion in Argentina". En Cook, R., Erdman, J. y Dickens, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Blumenthal, Paul D., Gemzell-Danielsson, Kristina and Marintcheva-Petrova, Maya (2008) *Tolerability and clinical safety of ImplanonR*. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 13(sup1): p. 29-36.

Boltanski, Luc (2004) *La Condition foetale: Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Editorial GALLIMARD.

Bourdieu, Pierre (1993) "Espacio social y poder simbólico", en *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa.

— (1997) *Razones prácticas Sobre la teoría de la acción* Editorial Anagrama, Barcelona, 1997 (Título original: *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action* Éditions du Seuil, París, 1994)

— (2002) *Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático* en *Revista Sociedad*. Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

— (2014) *Las estrategias de la reproducción social*, Buenos Aires, Editorial Siglo XXI.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

Briozzo, Leonel (2002) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay.

Brown, Josefina (2004) *Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina*. *Política y cultura* (21), pp.111-25.

— (2008) *Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y política*. *Cadernos pagu* (30), págs 269-300.

Burton, Julia (2017) *De la Comisión al Socorro: trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina*. Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género 1(2).

Chaneton, July y Vacarezza Nayla (2011) La intemperie y lo intempestivo. Experiencia del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones. Editorial Marea.

Checa, Susana; Daverio, Andrea; Erbaro, Cristina; Perrotta Gabriela y Schvartzman, Elsa (2007) Embarazo y maternidad en la adolescencia: un estudio sobre comportamientos sexuales y reproductivos intergeneracionales en adolescentes de sectores populares urbanos. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Checa, Susana y Rosenberg, Martha (1996) *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Buenos Aires, El cielo por asalto.

Checa, Susana, Erbaro, Cristina; Schvartzman, Elsa (2006) "Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones postabortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires". En: Checa, Susana (comp.) Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires, Paidós, pp.255-275.

Conde-Agudelo, A. y Belizán, J. (2000) *Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study*, en BMJ, vol 321, pp. 1255-59.

CoNDeRS (2008) Seguimiento y control de salud sexual y procreación responsables de Argentina por la sociedad civil. Buenos Aires: CONDERS.

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012) Fallo "F,A.L. s/Medida autosatisfactiva". Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517> [consulta, 8/10/2014].

Correa, Sonia y Petchesky, Rosalind (1995) *Reproductive and sexual rights: A feminist perspective*. Physis: Revista de Saude Coletiva 6(1-2):147-177

Crojethovic, María (2010) "El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos

Aires”, VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

Croxatto HB. (2002) *Mechanisms that explain the contraceptive action of progestin implants for women*. *Contraception*; 65:21–7.

Di Marco, Graciela (2011) “Las demandas en torno al aborto legal en Argentina y la constitución de nuevas identidades políticas”. En DI MARCO, Graciela; TABBUSH, Constanza (comps.), *Feminismo, democratización y democracia radical*. Buenos Aires: UNSAM Edita, pp. 175-198.

— (2012) *Las demandas en torno a la Ciudadanía Sexual en Argentina*. *SER Social*, [S. l.], v. 14, n. 30, p. 210–243, 2012.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021) *Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata pos evento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud*.

Durkheim, Émile (1972) *El segundo elemento de la moralidad. La adhesión a los grupos sociales (Conclusión)*. EN: Durkheim, E. *La educación moral*. Sexta lección. Buenos Aires: Schapire, pp. 93 - 109

Elias, Norbert (1991) *Qu'est-ce que la sociologie?* La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube.

— (1994) *El Proceso de la Civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México, FCE.

Faur, Eleonor (2014) *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.

Fernández Vázquez, Sandra Salomé (2017) *Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina*. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, Vol. 16, núm. 1, págs. 87-98.

— (2018) *Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Revista de Bioética y Derecho, (43), 145-160.

— (2022) *Los antecedentes de una conquista: transformaciones políticas y normativas en el proceso de legalización del aborto en Argentina*. Derecho y Ciencias Sociales. N° 26. Universidad Nacional de La Plata.. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica.

FLASOG (2013) *Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*, 3ª ed. Santiago de Cali: Tecnoquímicas S.A.

Foucault, Michel (2002) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Buenos Aires, Editorial Siglo XXI.

— (2007) *Nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Gogna, Mónica (2005) “Estado del Arte. Investigación sobre Derechos y Sexualidad en la Argentina (1990-2002)”. Edición: 1ª CEDES-Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.

Guber, Rosana (2004) *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, 2da edición, Buenos Aires, Editorial Paidós.

— (2014) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, 1a ed., 2º reimp., Buenos Aires, Editorial Siglo XXI.

Gutiérrez, María Alicia (2003) “Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía”. En: Checa, Susana (comp.) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, pp. 77-101.

— (2007) *Saberes de la opresión, saberes de la emancipación: la historia del movimiento de mujeres en la lucha por el aborto legal*. Vº Congreso Ceisal . Bruselas.

— (2018) *Feminismos en acción: el debate de la ley de interrupción voluntaria del embarazo*. Sociales en debate.

Kergoat, Danièle (1994) “Por una sociología de las relaciones sociales. Del análisis crítico de las categorías dominantes una nueva conceptualización” [1984]. En: Borderías y otras (comp). *Las mujeres y el trabajo: algunas rupturas conceptuales*, Icaria, Barcelona.

Klein, Laura (2005) *Fornicar y matar. El problema del aborto*. Editorial Planeta.

Krotz, Esteban (2002) “¿Qué se aprende cuando se estudia antropología?”, Conferencia Hermitte, impartida el 15 de noviembre de 2009 en el Centro de Antropología Social del IDES, Buenos Aires.

Le Breton, David (2013) “Por una antropología de las emociones”, en: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. No. 10, Año 4, Argentina.

Lins Ribeiro, Gustavo (1989) “Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica”. En: Boivin, Mauricio, Rosato, Ana y Arribas, Victoria, *Constructores de otredad*, Buenos Aires, Editorial Antropofagia.

Lopez, Laureen M; Ramesh, Shanthi; Chen, Mario; Edelman, Alison; Otterness, Conrad; Trussell, James and Helmerhorst, Frans M. (2016) *Progestin-only contraceptives: effects on weight*. The Cochrane Library.

Mannheim, Karl (1961) *Diagnóstico de nuestro tiempo*. México. Fondo de Cultura Económica.

Meyer Jennifer L, Gold Melanie A, Haggerty Catherine L. (2010) *Advance Provision of Emergency Contraception among adolescent and young adult women: A Systematic Review of Literature*. J Pediatr Adolesc Gynecol.

Masson, Laura (2007) *Feministas en todas partes: una etnografía de espacios y narrativas feministas en Argentina*. Prometeo Libros.

Mazza, D., et al., (2016) *Increasing the uptake of long-acting reversible contraception in general practice: the Australian Contraceptive Choice project*

(ACCORD) *cluster randomised controlled trial protocol*. BMJ open. 6(10): p. E012491.

McNicholas, Colleen., et al., (2014) *The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned*. Clinical obstetrics and gynecology. 57(4): p. 635.

Menéndez, Eduardo (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (del 30 de abril al 7 de mayo). Pág. 451- 464. Buenos Aires.

— (1998) *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado*. Cuadernos médico sociales, 73, págs.5-22.

Ministerio de Salud de la Nación (2007) *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*.

— (2014) *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento49.pdf>

— (2014) *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/gracos/0000000588cnt-Cuadernillo-consejeria-2014-web.pdf>

— (2015) *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Disponible en: http://www.legislaud.gov.ar/pdf/protocolo_web_2015.pdf

— (2015) *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Documento de trabajo No 1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000729cnt-encuesta_nacional_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf

Nari, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires, Biblos, 319 páginas.

Noel, Gabriel (2014) “Las dimensiones morales de la vida colectiva. Exploraciones desde los estudios sociales de las moralidades”, en Papeles de Trabajo 8 (13), págs. 14-32.

Oizerovich, Silvia (2015) *Manual de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Un abordaje interdisciplinario. Anticoncepción de larga duración*, Buenos Aires: Editorial Journal. 7.

Oizerovich, Silvia y Perrotta, Gabriela (2020) *La importancia de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico para garantizar derechos*. Revista AMAdA Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, Volumen 16, N°1.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª ed. Montevideo.

— (2014a) *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Montevideo. Uruguay: s.n.

— (2014b) *Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Salud Sexual y Reproductiva.

O’Neil, M.E., et al., (2013) *Twenty-four-month continuation of reversible contraception*. Obstetrics and gynecology. 122(5): p. 1083.

Oszlak, Oscar y O’Donnell, Guillermo (1984) *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación en Kliksberg, Bernardo y Sulbrandt, José (comps.) Para investigar la Administración Pública*. Madrid. INAP.

Pantaleón, Jorge (2004) *De la carta al formulario. Política y Técnica en el Desarrollo Social*. Ides. Colección Serie Etnográfica. Bs.As.

Peipert, Jeffrey F.; Zhao, Qihong; Allsworth, Jenifer E.; Petrosky, Emiko; Madden, Tessa; Eisenberg, David and Secura Gina (2011) *Continuation and satisfaction of reversible contraception*. Obstetrics and gynecology. 117(5): p. 1105.

Petracci, M.; Pecheny Mario (2007). Argentina Derechos Humanos y Sexualidad. Buenos Aires. Argentina: CEDES, Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (IMS) Centro Latino Americano de Sexualidad y Derechos Humanos.

Pistani, María Laura (2016) *Implementación de la política de acceso a Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de Buenos Aires*. Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS (CSSSI). Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Pozzio, María (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Editorial Antropofagia.

Ramírez, María Clemencia (2010) “La Antropología de la Política Pública” en Revista Antípoda N° 10. Junio- Colombia. Facultad de los Andes. pp. 13-17.

Ramos, Silvina (2016) *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Estudios demográficos y urbanos*. Vol.31 no.3 Ciudad de México.

Ramos, Silvina; Gogna, Mónica; Petracci, Mónica; Romero, Mariana; Szulik, Dalia (2001) *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.

Recoder, María Laura (2011) *Vivir con HIV-Sida: Notas etnográficas sobre la experiencia de la enfermedad y sus cuidados*. Buenos Aires: Biblos.

Rosenberg, Martha (2020) *Del Aborto y otras interrupciones. Mujeres, psicoanálisis, política*. Buenos Aires. Ed. Milena Caserola.

Rosenberg, Martha y Schvartzman, Elsa (2014) *La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La lucha por el derecho al aborto: una deuda de la democracia*. Voces en el fénix, pp. 142-49.

Rutstein, S.O. (2005) *Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the demographic and health surveys*, en Int J Gynecol Obstet, 89(1), S7–S24.

Schreiber, Courtney A.; Sober, Stephanie; Ratcliffe, Sarah; Creinin, Mitchell D., (2011) "Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol", en *Contraception*, 84(3), pp. 230-3.

Secura Gina M.; Madden, Tessa; McNicholas, Colleen; Mullersman, Jennifer; Buckel, Christina M; Zhao, Qihong and Peipert Jeffrey F. (2014) *Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy*. N Engl J Med, (371): p. 1316-1323.

Secura Gina M., Allsworth Jenifer E., Madden Tessa, Mullersman Jennifer L, and Peipert Jeffrey F. (2010) *The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception*. Am J Obstet Gynecol. p. 115

Shore, Cris (2010) *La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la "formulación" de las políticas* en Revista Antípoda N° 10. Junio-Colombia. Facultad de los Andes. Pp 21-49.

Siverino Bavio, P (2014) "Panorama sobre derechos sexuales y reproductivos". En Garay, O. Responsabilidad profesional de los médicos, ética, bioética y jurídica: civil y penal. 2ª ed. Actualizada y ampliada, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Ley. Tomo II, Capítulo 29, pp 19 a 84.

Sistema de Información Perinatal (2017) Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección de maternidad, infancia y adolescencia. Secretaría de Gobierno de Salud. DATOS AÑO 2017. SIP Gestión 2017. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Spivak, Gayatri Chakravorty (1998) "¿Puede hablar el sujeto subalterno?" En Memoria Académica. Orbis Tertius, año 3 no. 6, p. 175-235. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2732/p

Sznajder, Katharine K.; Tomaszewski, Kathy S.; Burke, Anne E. and Trent, Maria (2017) *Incidence of Discontinuation of Long-Acting Reversible Contraception among Adolescent and Young Adult Women Served by an Urban Primary Care Clinic*. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 30(1):p. 53-57.

Szulik, Dalia; Gogna, Mónica; Petracci, Mónica; Ramos, Silvina; Romero, Mariana (2008) *Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos*. Salud pública de México 50(1), pp. 32-39.

Szwarc, Lucila y Fernández Vásquez, Sandra Salomé (2018) *“Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya”: tiempos e intervalos durante el proceso de aborto.* Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. n. 28 -pp. 90-115.

Venticinque, Valeria (2018) *El rol de las Organizaciones sociales feministas en el control de las políticas públicas: Una experiencia desde el PNSS y PR.* V Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos, Universidad Nacional de La Plata.

Visacovsky Sergio (2008) *Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino.* Antípoda; 6:91-112.

Viveros Vigoya, Mara (2016) *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación.* Debate Feminista 52, 1-17.

Weisbrot, Mariela (2014) *Evolución y transformación conceptual de la atención primaria de la salud.* Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria 17(3). Jul-Sep. 100-103.