



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Cambios y continuidades en las trayectorias no reproductivas en la sociedad contemporánea : estudio cualitativo en mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesis y directores):

Marina Mattioli

Mónica Petracci, directora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2014

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Mg. Marina Mattioli

Cambios y continuidades en las trayectorias no reproductivas en la sociedad contemporánea. Estudio cualitativo en mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires

Tesis para optar por el título de doctor en Ciencias Sociales

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Directora: Dra. Mónica Petracci

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Julio de 2014

RESUMEN

La Tesis aborda la configuración de las trayectorias no reproductivas de mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en la sociedad contemporánea. Estas trayectorias reflejan las decisiones y las acciones tomadas en anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo, en las cuales se manifiestan diversos obstaculizadores y facilitadores: normativas, accesibilidad al sistema de salud, disponibilidad de información y de redes, situación económica, relaciones de parejas, situaciones familiares y desarrollos científico-tecnológicos. Específicamente se analizan los cambios y las continuidades en la no reproducción a partir de los procesos de individualización, destradicionalización y desarrollo científico-técnico en la “sociedad del riesgo global” (Beck, 2008; Giddens, 2003).

Disciplinariamente se inserta en el campo de la sociología, tomando como marco general la teoría de la “sociedad del riesgo global” (Beck, 2008) para comprender las modificaciones en las relaciones, los afectos, las familias y la sexualidad que se plasman en la no reproducción (Giddens, 2003; Beck y Beck-Gernsheim, 2001). Conceptualmente, se retoman los enfoques del campo de la salud y los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, recuperando los múltiples aspectos desde los que han sido abordados estos temas: aspectos jurídicos (Faúndes y Barzelatto, 2005; Bergallo, 2010/2012); cuestiones subjetivas y toma de decisión (Rosenberg, 2002; Pecheny, 2005; Ouvinha Peres y Heilborn, 2002; Chaneton y Vacarezza, 2011); aspectos relacionados a las instituciones de salud (Zamberlin, 2005; Checa, 2006), reflexiones desde la bioética (Luna y Salles, 1995; Luna et al, 2006); la filosofía (Klein, 2005); la opinión pública (Petracci, 2004/2011); y contextualmente los recorridos normativos y programáticos de la anticoncepción y el aborto en nuestro país, articulados con el contexto internacional (Petracci, 2011; Petracci y Ramos, 2006; Petracci y Pecheny, 2007/ 2010).

La pregunta problema fue: ¿Cómo se configuran las trayectorias no reproductivas de mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)? Se indagaron los siguientes temas: ¿Cómo son tomadas las decisiones no reproductivas? ¿Cuáles son los argumentos? ¿Qué factores

contribuyen en la elección de los métodos anticonceptivos y los procedimientos para interrumpir un embarazo? ¿Cómo es percibido el desarrollo científico-tecnológico en las trayectorias no reproductivas? ¿Cuáles fueron los cambios y las continuidades en la no reproducción?

El objetivo general fue conocer y comprender la configuración de las trayectorias anticonceptivas y las situaciones de interrupción voluntaria del embarazo frente al desarrollo científico-tecnológico en mujeres y varones heterosexuales del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se compararon dos grupos etarios (18 a 27 y 40 a 49 años, bajo el supuesto de que los adultos atravesaron parte de sus trayectorias no reproductivas aún en los parámetros de la sociedad industrial mientras que los jóvenes iniciaron sus trayectorias en el contexto de la sociedad del riesgo global), de diferente nivel socioeducativo (considerando “sectores populares” aquellos entrevistados cuya escolaridad llegó hasta el nivel secundario incompleto, y “sectores medios” aquellos que culminaron el nivel secundario o avanzaron en otros niveles educativos). Todos atravesaron, al menos, por un aborto.

Metodológicamente, se trató de un abordaje cualitativo, siendo el apropiado al caracterizarse por ser “naturalista” —se interactúa con las personas en su propio ambiente— e interpretativo (Denzin y Lincoln, 1994:2 en Vasilachis, 2006:24). Se trabajó con 53 entrevistas en profundidad a mujeres y varones de diferentes generaciones y estratos sociales, entendidas como una instancia de interacción abierta y no directiva (Mallimaci y Béliveau, 2006; Ameigeiras, 2006). Posteriormente se construyeron perfiles a partir de la integración de las diferentes dimensiones analíticas (Sierra Bravo, 1994:414), esto es, relacionado el uso de métodos anticonceptivos y el procedimiento para realizar el aborto. La elaboración de perfiles permitió conocer los diversos aspectos involucrados en la elección, tanto de los métodos anticonceptivos como de los procedimientos para interrumpir un embarazo, las valoraciones y los significados otorgados por los entrevistados, más allá de la efectividad y las recomendaciones de expertos.

Los hallazgos evidencian los cambios en las trayectorias no reproductivas, posibilitados por los avances normativos y programáticos en el campo de la anticoncepción en Argentina, así como las continuidades que trascienden a la

reestructuración social contemporánea, evidentes en la vigencia de opiniones negativas sobre los métodos modernos, transmitidas de boca en boca y que el contacto con profesionales de la salud no ha logrado clarificar. En el campo del aborto, aún sin grandes cambios en el contexto político y normativo (continúa en el Código Penal), el desarrollo científico-técnico favorece la autodeterminación de las mujeres y se evidencia la preferencia por el uso de misoprostol basada en la posibilidad de abortar sin recurrir a otra/s persona/s y porque el conocimiento de que las maniobras abortivas son menos detectables por los profesionales de la salud si tuvieran que recurrir por complicaciones, evitando así la denuncia policial.

La Tesis aporta a la reflexión sobre la teoría de la “sociedad del riesgo”, fundamentalmente sobre los riesgos biográficos y en el ámbito específico de la no reproducción de mujeres y varones heterosexuales, al comprender los cambios producidos por el desarrollo científico-tecnológico en el ámbito de la no reproducción, en el marco de los procesos de individualización y destradicionalización, que puede seguir siendo objeto de análisis.

ABSTRACT

This dissertation examines the configuration of non-reproductive trajectories of heterosexual male and female residents of the Metropolitan Area of Buenos Aires (AMBA) in today's society. These trajectories reflect the decisions and course of action taken in terms contraception and elective abortion, in which various facilitating and obstructing factors are present: regulations, access to healthcare, availability of information and networks, financial condition, couple relationships, family situation and advances in science and technology. I particularly analyze the changes and continuities in non-reproduction from processes of individualization, detraditionalisation and scientific-technological development in the "world risk society" (Beck, 2008; Giddens, 2003).

As to discipline, it is inserted in the field of sociology, taking as a general framework the theory of "world risk society" (Beck, 2008) in order to understand the changes in relationships, friendship, families and sexuality imprinted in non-reproduction

(Giddens, 2003; Beck and Beck-Gernsheim, 2001). As to concepts, I use approaches from the fields of healthcare and sexual, reproductive and non-reproductive rights, considering the various standpoints from which they have been tackled: legal (Faúndes and Barzelatto, 2005; Bergallo, 2010/2012); subjective issues and decision-making (Rosenberg, 2002; Pecheny, 2005; Ouvinha Peres and Heilborn, 2002; Chaneton and Vacarezza, 2011); healthcare institutions-related (Zamberlin, 2005; Checa, 2006), from a bioethical point of view (Luna and Salles, 1995; Luna et al. 2006); philosophical (Klein, 2005); public opinion (Petracci, 2004/2011); and as to context, I include the regulatory and programatic history of contraception and abortion in our country, in coordination with the international scenario (Petracci, 2011); Petracci and Ramos, 2006; Petracci and Pecheny, 2007/2010).

The research question was: How are non-reproductive trajectories of heterosexual male and female residents conformed in the Metropolitan Area of Buenos Aires (AMBA) in today's society? The following issues were analyzed: How are non-reproductive decisions made? On what grounds? Which factors contribute to the election of contraceptive methods and procedures to terminate a pregnancy? How is scientific and technological development considered in non-reproductive trajectories? Which were the changes and continuities in non-reproduction?

The main objective was to know and understand the configuration of contraceptive trajectories and circumstances for elective pregnancy in the light of scientific and technological advances in heterosexual female and male residents of the Metropolitan Area of Buenos Aires. Two age groups (aged 18 to 27, and 40 to 49) were compared on the assumption that the adult group underwent part of their non-reproductive trajectories still under the parameters of an industrial society, whereas the youngsters started theirs under a world risk society, with a different socio-educational background (considering belonging to "lower sectors" those interviewees not being able to complete secondary education; and to "middle sectors" those who completed secondary education and pursued higher studies.) All interviewees terminated at least one pregnancy.

As to methodology, the approach was qualitative, being the most appropriate given its "naturalist" nature —interaction with people occurs in their own environment—,

and interpretative (Denzin and Lincoln, 1994:2 in Vasilachis, 2006:24.) I worked with 53 in-depth interviews to women and men from different generations and social statuses, these were open and undirected (Mallimaci and Béliveau, 2006; Ameigeiras, 2006.) Then, I built profiles from integrating the different analysis dimensions (Sierra Bravo, 1994:414), i.e. relating the use of contraception and the procedure to terminate a pregnancy. These profiles enabled me to know the different aspects involved in the choice, both in contraceptive methods and in the procedure to terminate the pregnancy, values and meanings given by the interviewees, regardless of efficiency and expert recommendation.

Findings speak of changes in non-reproductive trajectories, enabled by regulatory and programmatic advances in the field of birth control in Argentina, as well as continuities that go beyond today's social restructuring, as evidenced by existing negative opinions on modern methods, spread by word of mouth and which healthcare professionals have not managed to clarify. Regarding abortion, still without great changes in the political and regulatory context (existing in the Criminal Code), scientific and technological development favors the self-determination of women as evidenced by the preferred use of misoprostol, which allows them to terminate a pregnancy without resorting to (an)other person(s) and because this procedure is less noticeable by healthcare professionals were they to need one upon complications, thus avoiding a police report.

This dissertation contributes to thinking about the theory of a "world risk society", especially about biographic risks, and within the particular field of heterosexual female and male non-reproduction, it helps understand the changes resulting from scientific and technological development in reproduction affecting processes of individualization and detraditionalisation, which can be further analyzed.

ÍNDICE	Página
AGRADECIMIENTOS	8
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	10
INTRODUCCIÓN	11
PARTE I: RECORRIDOS TEÓRICOS	
LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA: UNA SOCIEDAD DEL RIESGO GLOBAL	18
Capítulo 1: Como “muñecas rusas”: características de la sociedad industrial	22
Capítulo 2: Como “líquidos”: características de la sociedad del riesgo global	25
2.1 Proceso de individualización	31
2.2 Proceso de destradicionalización	33
2.3 Desarrollo científico-técnico	36
Capítulo 3: Familias, parejas y afectos en la sociedad del riesgo global: entre las “muñecas rusas” y los “líquidos”	42
PARTE II: RECORRIDOS CONCEPTUALES	
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y ABORTO	51
Capítulo 1: Salud y derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos	52
Capítulo 2: Notas sobre la perspectiva de género y las masculinidades	57
Capítulo 3: Notas sobre anticoncepción	61
Capítulo 4: Notas sobre aborto	64
PARTE III: RECORRIDOS CONTEXTUALES	
FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO	71
Capítulo 1: Fecundidad, uso de métodos anticonceptivos y aborto	72
Capítulo 2: Anticoncepción	80
2.1 El recorrido normativo y programático	80
2.2 Los actores	91

Capítulo 3: Aborto	96
3.1 El recorrido normativo y programático	96
3.2 Los actores	107
PARTE IV: RECORRIDO METODOLÓGICO OBJETIVOS Y ABORDAJE METODOLÓGICO	113
Capítulo 1: Objetivos e hipótesis	114
Capítulo 2: Abordaje metodológico	116
2.1 Trabajo de campo, situaciones de entrevista y primeros resultados	119
2.2 Nuevos interrogantes y segunda exploración	124
2.3 De las nuevas preguntas a la creación de perfiles	127
PARTE V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	132
Capítulo 1: Caracterización de los perfiles	135
Capítulo 2: Los inicios sexuales	147
Capítulo 3: Decisiones anticonceptivas: el (no) control de la reproducción	165
Capítulo 4: Los embarazos y las preguntas	201
Capítulo 5: Las interrupciones del embarazo: motivos y tipos	229
CONCLUSIONES	261
BIBLIOGRAFÍA	270
ANEXO	
Anexo I: Tasas globales de fecundidad estimadas según quinquenios, por países 1950-2020 en América latina	287
Anexo II: Descripción de normativas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva en el AMBA	288
Anexo III: Situación normativa de las provincias sobre aborto no punible	290
Anexo IV: Guía de pautas	291
Anexo V: Características de la muestra	298

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a las personas e instituciones que colaboraron en diferentes etapas y de diversas formas, en el recorrido que llevó a la culminación de esta Tesis.

En primer lugar, a mi directora, Mónica Petracci, de quien aprendí a transitar el camino de la investigación y me enseñó desde los primeros pasos hasta los últimos detalles. Por guiarme en toda mi formación, por entusiasmarme, por incentivar me a culminarla, por los argumentos y los contraargumentos que me ayudaron a pensar cada idea y a tomar decisiones, mi enorme agradecimiento.

Agradezco al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (CONICET) por la Beca de posgrado que me permitió realizar esta Tesis, al Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y al Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) por posibilitarme tener como sede institucional lugares con tanta trayectoria en la investigación a lo largo de mi formación académica, y a la Facultad de Ciencias Sociales, por la formación de grado y de posgrado.

También agradezco a quienes permitieron la realización del trabajo de campo, a Malú Heilborn, al Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM-IMS UERJ), y a los colegas con quienes compartí la investigación HEXCA. Y, fundamentalmente mi inmenso agradecimiento a las mujeres y varones que desinteresadamente y con la mejor predisposición compartieron sus experiencias.

Un agradecimiento especial a Cecilia Straw, por las rigurosas lecturas de los múltiples borradores, sus sugerencias y aportes, pero –sobre todo– por el cuidado y el apoyo constante.

Quisiera agradecer también a las personas que conforman esas instituciones. A mis compañeras del CEDES, que hicieron que el inicio de mi recorrido académico fuera más simple. A mis compañeras del equipo UBACyT en el que participo, por los debates y sugerencias, pero principalmente por el apoyo y el entusiasmo que me

transmitieron a lo largo de estos años. Al equipo del Centro de Documentación del IIGG por la colaboración constante y el buen trato.

Y quiero agradecer, muy especialmente, a las personas que me acompañan a recorrer la vida, por apoyarme incondicionalmente en todas mis elecciones, entre ellas, la realización del doctorado y la elaboración de esta Tesis:

A Adriana y a Alejandro, por enseñarme a dar los primeros pasos y por permitirme caminar sola cuando lo necesité, sin dejar de acompañarme y sostenerme. Por los valores, por el esfuerzo, por estar siempre, por mostrarme que hay muchas maneras de estar y por esas ganas transmitidas de seguir siempre para adelante.

A María y a Agustín, por acompañarnos en cada paso, por estar siempre a mi lado, y fundamentalmente por el amor.

A Luis, por tratar de comprender juntos el normal caos del amor, por la compañía, por el apoyo, por la paciencia y por lo que vendrá, gracias por tanto.

A Renato y a Alfonso, por tanta felicidad.

A toda mi familia, a la cercana, a la ampliada, a la extendida, a los que se sumaron, a los que me vieron crecer, a los que me conocieron después, a los que vi crecer... agradezco enormemente su afecto y su compañía. Y a todos los que partieron, por lo mucho que dejaron en mí.

A mis amig@s, a los de acá, a los de allá, a los de la facultad, a los de los diferentes trabajos, a los de la vida, gracias por compartir los logros y buenos momentos y por sostener en los malos. Un agradecimiento especial a Naty, Flor, Inés, Juli y Milca, sus palabras, sus abrazos y su afecto valieron mucho.

A todos y todas, que no creo que sepan lo mucho que representan en la culminación de esta Tesis ¡Muchas gracias!

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
CELS	Centro de Estudios Legales y Sociales
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
PNSSyPR	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
OSSyR	Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva
FLASOG	Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer
ENNyS	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
CoNDeRS	Consortio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales
CEDES	Centro de Estudios de Estado y Sociedad
ADC	Asociación de Derechos Civiles
MAC	Métodos anticonceptivos
AHE	Anticoncepción Hormonal de Emergencia
AO	Anticonceptivos orales
DIU	Dispositivo Intrauterino

INTRODUCCIÓN

Recorrido:

1. m. Acción y efecto de recorrer

Recorrer:

1. tr. Atravesar un espacio o lugar en toda su extensión o longitud.
2. tr. Efectuar un trayecto.
3. tr. Registrar, mirar con cuidado, andando de una parte a otra, para averiguar lo que se desea saber o hallar.

(Diccionario de la Real Academia Española)

Asistimos a un período de transformaciones en las instituciones sociales que repercuten no sólo en las condiciones de vida actuales sino también en la manera de pensar el futuro. La teoría de la “sociedad del riesgo” ha contribuido a un nuevo enfoque sociológico para abordar los cambios sociales. Se fundamenta en la teoría de la modernización reflexiva para comprender el sistema social posindustrial global, reemplazando a la teoría de la modernización simple, propia de la época de la sociedad industrial. Son cuatro las “lógicas” de riesgos globales que se producen: las crisis ecológicas, los riesgos financieros globales, las amenazas terroristas y los riesgos biográficos. Esta Tesis se refiere a estos últimos, dado que aborda la configuración de las trayectorias no reproductivas (decisiones y acciones en anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo) de mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

El eje teórico se centra en la “sociedad del riesgo global” (Beck, 2008) en tanto abordaje que propone el análisis de los cambios técnico-productivos, sociales y culturales para comprender la sociedad contemporánea. Uno de los procesos que la caracterizan es el de individualización, que refiere a la desintegración y sustitución de las formas de vida socioindustriales por otras, en las que los individuos producen y escenifican sus propias biografías (Beck, Giddens y Lash, 1997). Teóricos de la reflexividad como Giddens y Beck contribuyen a especificar las nuevas dimensiones del actual proceso de individualización, a condición de ver en la reflexividad también un recurso distribuido de manera desigual; la desvinculación de las estructuras de protección social y la crisis de los marcos de socialización tienden a reforzar los aspectos negativos (Svampa, 2000).

Otro proceso característico es el de destradicionalización entendida como el agotamiento de los roles que cumplían la familia, la religión y la comunidad social (Giddens, 1993), que incide en múltiples ámbitos. En esta Tesis se hace referencia a las transformaciones en las relaciones familiares y la sexualidad, acotadas a la sexualidad heterosexual y las trayectorias no reproductivas. Si bien el objeto de estudio son mujeres y varones heterosexuales es destacable el reconocimiento de derechos relacionados con la diversidad sexual en los últimos años y los numerosos

y variados abordajes de las investigaciones sociales en esa materia. Los desarrollos teóricos y las investigaciones empíricas en esta temática fueron fuente de conocimiento para la realización de la Tesis.

Específicamente, fue de interés el desarrollo científico-técnico dado que permite la no reproducción a través de diversos métodos anticonceptivos (López, 2005; del Río Fortuna, 2009; Expósito García, 2004; Felitti, 2012), entre ellos la anticoncepción de emergencia —poscoital— (Pecheny et al, 2010), y la interrupción del embarazo a través de aspiración, curetaje o pastillas (Vázquez et al, 2006; Ponce de León y Rizzi, 2009; Zamberlin, 2007/2010; Petracci et al, 2012). También el desarrollo de la técnica y la tecnología se evidencia en los múltiples adelantos en ciencia, medicina, comunicación, mecanización de los procesos de trabajo, e impacta en las diversas esferas de la vida. En forma paralela, los avances científico-técnicos también modificaron la reproducción humana posibilitando o aumentando las posibilidades de procrear a través de las técnicas de reproducción asistida (Straw, 2013).

El análisis de las trayectorias no reproductivas se enmarca conceptualmente en las nociones de salud y derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, los cuales suponen el ejercicio de la sexualidad libre de coacción, discriminación o violencia.

Si bien en la Argentina los derechos sexuales y reproductivos ingresaron en la agenda pública y política a partir de la década del ochenta del siglo pasado, la sanción de las leyes sobre procreación responsable ocurrió varios años después. En 2002 se sancionó la ley 25673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. No obstante, el avance formal en el recorrido hacia la igualdad entre varones y mujeres no implica igual ejercicio de los derechos, ya que la normativa no genera por sí misma un cambio radical en la situación de las mujeres (Petracci y Pecheny, 2007). Valores culturales estereotipados, institucionalización de relaciones de desigualdad en la pareja, la familia y la sociedad (Jelin, 1998), oportunidades de vida (Pautassi, 2002), redes sociales, diferente “capital de paciente” (Pecheny, 2009), confluyen —entre otros factores— en un diferencial ejercicio de los derechos.

En general, se registra a nivel mundial un aumento en el uso de métodos anticonceptivos, especialmente de métodos modernos, producto de la denominada “revolución anticonceptiva”. Los cambios que la sustentaron fueron biotecnológicos (aumento de la producción, eficiencia y calidad de los métodos anticonceptivos); políticos (programas públicos de planificación familiar) y culturales (cambios en las actitudes hacia la valoración y aceptación del uso de métodos) (CELADE/UNFPA, 2005). Es en este contexto que interesa también investigar este tema epidemiológicamente, y relacionado a las políticas públicas, porque si bien los datos señalan una alta proporción de uso de métodos anticonceptivos (UNFPA/CENEP, 2009) se desconoce la frecuencia y efectividad de su uso. Cuando estos no son usados o fallan, entre otros motivos, se recurre al aborto.

Las investigaciones sobre sexualidad, los estudios de género, la difusión del uso de la píldora anticonceptiva y del discurso sobre derechos ayudaron a separar práctica y analíticamente a la sexualidad de la reproducción, a partir de 1970 (Gogna, 2005) posibilitando referirnos a no reproducción, en el marco de las relaciones sexuales.

En este contexto, los interrogantes que guiaron la Tesis fueron: ¿Cómo se configuran las trayectorias no reproductivas de mujeres y varones heterosexuales residentes en el AMBA? ¿Cómo son tomadas las decisiones no reproductivas? ¿Cuáles son los argumentos? ¿Qué factores contribuyen en la elección de los métodos anticonceptivos y los procedimientos para interrumpir un embarazo? ¿Cómo es percibido el desarrollo científico-tecnológico en las trayectorias no reproductivas? ¿Cuáles fueron las continuidades y los cambios en la no reproducción?

Para intentar dar respuestas a estas preguntas se realizaron diferentes recorridos. Siguiendo el significado de “recorrer” citado en la portada de esta introducción, desde las primeras indagaciones a esta presentación se efectuó un trayecto, registrando, mirando con cuidado, andando de una parte a otra para averiguar lo que se deseaba saber. Los diversos recorridos se plasman en la siguiente estructura.

A esta introducción le siguen cinco partes. La primera se refiere a los **RECORRIDOS TEÓRICOS. La sociedad contemporánea: una sociedad del riesgo global** tiene

por objetivo caracterizar y conceptualizar los procesos que describen la sociedad contemporánea, a partir del enfoque teórico de la modernización reflexiva. Se divide en tres capítulos. En el primero se esbozan brevemente las características de la sociedad industrial. En el segundo se describe a la sociedad del riesgo, enfatizando en los procesos de individualización, de destradicionalización y el desarrollo científico-técnico. Por último, se analiza específicamente la no reproducción en la sociedad del riesgo global, dando cuenta de los cambios en las relaciones afectivas, las familias y la sexualidad.

La segunda parte está dedicada a los **RECORRIDOS CONCEPTUALES. Derechos sexuales y reproductivos y aborto** se divide en cuatro capítulos. En el primero se especifica y se contextualiza el desarrollo de la definición de los derechos sexuales y reproductivos, enmarcada en las definiciones de los derechos humanos y la salud reproductiva. La existencia de patrones de discriminación de género, abusos y violencias colocan a la política de salud sexual y reproductiva en un lugar central en lo que respecta a la garantía de los derechos de las mujeres, adquiriendo la perspectiva de género un lugar relevante. Por lo tanto, en el segundo capítulo se realiza una breve conceptualización de la perspectiva de género, con énfasis en los más recientes estudios sobre masculinidades. El tercer y el cuarto capítulo están dedicados a delinear un breve estado del arte sobre anticoncepción y aborto respectivamente, cuyo criterio es el acercamiento teórico-conceptual.

En la tercera parte se describen los **RECORRIDOS CONTEXTUALES. Fecundidad anticoncepción y aborto** se divide en tres capítulos y tiene por objetivo comprender la intensidad de los cambios señalados en los capítulos anteriores en el ámbito de estudio de la Tesis. Para ello se describe, en el primer capítulo, la variación de la fecundidad en América latina y en Argentina y se detallan cifras sobre el uso de métodos anticonceptivos y la magnitud del aborto inducido en nuestro país, en tanto formas de control o regulación de la reproducción. Además, para comprender mejor el contexto que condicionó y condiciona las trayectorias no reproductivas de los entrevistados se describen, en el segundo y tercer capítulo, los recorridos normativos y programáticos de la anticoncepción y del aborto en la Argentina en general, y en el AMBA en particular, y el papel de los diferentes actores sociales y políticos (académicos, periodistas, organizaciones de la sociedad civil,

organizaciones y jerarquías religiosas, corporaciones médicas, abogados, entre otros) que intervinieron e intervienen en estas temáticas.

La cuarta parte refiere al **RECORRIDO METODOLÓGICO** y presenta los objetivos de la tesis y el abordaje metodológico. Se divide en dos capítulos. En el primero se detallan los objetivos y las hipótesis de trabajo. En el segundo el abordaje metodológico, describiendo las diferentes etapas de la investigación y la conformación de los ocho perfiles a partir de la relación de la trayectoria anticonceptiva y las experiencias de interrupción del embarazo de los entrevistados.

Finalmente, la quinta parte está dedicada al **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN** de los testimonios de los entrevistados. Se divide en cinco capítulos. En el primero se caracterizan los perfiles no reproductivos conformados. En el segundo se analizan los inicios sexuales. El tercero está dedicado a las decisiones anticonceptivas, dando cuenta de los condicionamientos en el uso de métodos anticonceptivos a lo largo de la trayectoria y la valoración de los mismos, enfatizando en la comprensión de los aspectos o situaciones que contribuyen a la elección o no de métodos y al tipo de método elegido. El cuarto capítulo aborda el momento de embarazo y la pregunta por la interrupción en las trayectorias de los entrevistados. En el quinto, centrado en el aborto, se describen los procesos de decisión, los motivos y la valoración de los circuitos seleccionados para la realización de la práctica.

Por último, las **CONCLUSIONES**, ponen en relación las nociones teóricas con el análisis empírico. En las situaciones analizadas referidas a la trayectoria no reproductiva —inicio sexual, anticoncepción, embarazo y aborto— se analizó la toma de decisión en el marco de los procesos de individualización y de destradicionalización, enfatizando en las continuidades y los cambios en las trayectorias contextualizadas en la sociedad industrial y las trayectorias contextualizadas en la sociedad del riesgo. En cuanto al desarrollo científico- técnico el foco está puesto en la comprensión de su contribución a la autodeterminación, principalmente de las mujeres, o a la continuidad y emergencia de nuevas formas de medicalización. Se recuperan además las particularidades basadas en los diferentes tramos de edad y nivel socioeducativo, como así también de las mujeres y los varones.

La intención fue escribir un documento no sexista y se trató de evitar ese lenguaje. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, no se incluyen recursos como “@”, “x” y “os/as”.

PARTE I

RECORRIDOS TEÓRICOS

“En la imagen de la sociedad industrial básica, se conciben formas de vida colectivas, encajadas unas en otras como las muñecas rusas. La clase presupone la familia nuclear, ésta los roles sexuales, éstos la división del trabajo entre hombres y mujeres, ésta presupone el matrimonio”

(Ulrich Beck, 1999:130)

“El matrimonio es separable de la sexualidad, ésta a su vez de la paternidad/maternidad, la cual puede multiplicarse mediante el divorcio, y todo esto puede dividirse por el hecho de vivir juntos o separados y potenciarse por tener una casa en diferentes lugares o por la siempre presente posibilidad de revisarlo todo”

(Ulrich, Beck y Elisabeth Beck-Gernsheim, 2001:59)

LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA: UNA SOCIEDAD DEL RIESGO GLOBAL

A partir del último cuarto del siglo XX se asiste a una serie de procesos complejos que se desarrollan de forma simultánea e integral en todos los ámbitos e instituciones en los que se organizaba la vida de las personas hasta ese momento. No sólo se transforman los ámbitos políticos, sociales y económicos sino también la organización y el funcionamiento de instituciones tradicionales como los Estados nacionales, el trabajo y la familia, incluyendo el cambio de las relaciones entre los Estados como consecuencia del proceso de globalización, de los vínculos interpersonales y la permanencia en el tiempo, llegando a repercutir hasta en la concepción de la individualidad de los seres humanos. Las transformaciones en el campo científico y tecnológico no sólo generan las condiciones para permitir y difundir esos procesos, sino que también intervienen en la propia generación y control de las formas de vida. Si en el pasado primaban la certidumbre basada en el orden jerárquico (laboral, familiar y de los géneros), con la protección del Estado y la existencia de colectivos sociales; en el presente sobresalen la incertidumbre, el riesgo, la vulnerabilidad y la autoconstrucción de la biografía.

Fenómenos como la globalización, el desarrollo de las tecnologías y la preponderancia del sector de servicios sobre el industrial, caracterizan al sistema social posindustrial. Según Hobsbawm (2009), las transformaciones tecnológicas ocurridas a escala global desde mediados de los noventa, especialmente las tecnologías de la información y la comunicación en los procesos productivos indicarían un patrón de distribución de riqueza, poder y cultura distinto a las fases anteriores del capitalismo. En consecuencia, se modifican las pautas de trabajo y de consumo, las identidades de las personas, los estilos de vida y las relaciones sociales y familiares.

Teóricamente, las transformaciones y la sociedad contemporánea que se configura han sido abordadas desde múltiples conceptos como los de “sociedad red” (Castells, 1998), “modernidad tardía” (Giddens, 1993), “sociedad mundial” (Luhmann, 1998), “modernidad líquida” (Bauman, 2001), “sociedad del riesgo” (Beck, 1997) y —posteriormente— “sociedad del riesgo global” (Beck, 2008). Aunque los conceptos adoptados varíen según los diferentes autores, todos coinciden en la profundidad de

la reestructuración de las relaciones sociales en el contexto globalizado actual, enfatizando los procesos de individualización que enmarcan las acciones sociales, atravesadas por la imprevisibilidad, la incertidumbre y el riesgo.

Esta primera parte está dedicada al marco teórico de la Tesis en el cual se presentan los postulados de la teoría de la sociedad del riesgo global, que han contribuido a un nuevo enfoque sociológico que intenta comprender la sociedad actual, bajo la noción de modernización reflexiva.

Desde este enfoque, la modernización reflexiva significa “la posibilidad de una (auto) destrucción creativa de toda una época: la de la sociedad industrial [...] El sujeto de esta destrucción creativa no es la revolución, ni la crisis, sino la victoria de la modernización occidental” (Beck, Giddens, y Lash, 1997:14). Así, la teorización de la sociedad del riesgo hace referencia a “una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que los riesgos sociales, políticos, ecológicos e individuales generados por la misma dinámica de la renovación se sustraen crecientemente a las instituciones de control y aseguramiento de la sociedad industrial” (Beck, 1999:32). Se distingue una primera y una segunda modernidad. La primera, la de la sociedad industrial, basada en las sociedades de Estados-nación, en las que las relaciones y redes sociales se extienden en un sentido territorial. La segunda, la modernidad de la sociedad del riesgo, radicalizada, que surge del desarrollo mismo del proceso de modernización independizada de sus peligros, que se desarrollan a escala global.

Beck distingue globalización —entendida como los procesos en los cuales los Estados nacionales se entremezclan mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones e identidades— de globalismo, concepción según la cual:

[...] el mercado mundial desaloja o sustituye al quehacer político; es decir, la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo. Ésta procede de manera monocausal y economicista y reduce la pluridimensionalidad de la globalización a una sola dimensión, la económica (Beck, 1998b:27).

La globalización no sólo profundiza la interpenetración económica y política, sino también la cultural (Hopenhayn, 2000; Chesnais, 2001). Otra consecuencia de este

desarrollo es la transformación del tiempo y del espacio en nuestras vidas (Giddens, 1998), ya que acontecimientos lejanos nos afectan más directa e inmediatamente que nunca, favorecidos por los avances en la comunicación y la informática que están estrechamente ligados a este proceso.

El concepto de sociedad del riesgo global pone en discusión el cambio de época principalmente en tres esferas. La primera, la relación de la sociedad industrial moderna con los recursos de la naturaleza y la cultura de cuya existencia depende, a la vez que agota. Es en su propio desarrollo que la sociedad industrial satura tanto a la naturaleza externa a los seres humanos como a las formas de vida cultural (familia nuclear, jerarquía de los géneros) y laboral. La segunda sobre la relación de la sociedad con los peligros y problemas generados por ella, que desbordan las bases del concepto social de seguridad, y la tercera, respecto del agotamiento, la disolución y el desencantamiento de las fuentes de significado de los grupos y colectivos sociales (Beck, 2009).

Los riesgos expresan las consecuencias no deseadas de la modernización radicalizada y pueden ser definidos en función de las probabilidades de daños físicos debido al desarrollo de ciertos procesos que no son nacionales sino globales. Cuatro son las “lógicas” de riesgos globales: las crisis ecológicas, los riesgos financieros, las amenazas terroristas y los riesgos biográficos. Los tres primeros, que fueron ampliamente abordados por Beck (2008) no son objeto de interés de esta Tesis.¹ Los riesgos biográficos son los que resultan útiles para analizar los cambios y las continuidades en las trayectorias no reproductivas.

Esta parte está dividida en tres capítulos. En el primero se caracteriza brevemente a la sociedad industrial. En el segundo, y considerando un pasaje gradual más que lineal y dicotómico, se describen las características de la sociedad del riesgo, enfatizando en los procesos de individualización, destradicionalización y el desarrollo científico-técnico. Por último, se analizan los cambios en las relaciones afectivas, familiares y en relación a la sexualidad, que contribuyen a comprender la no reproducción en la sociedad del riesgo global.

¹. Son profusos los desarrollos sobre política, representación, legitimidad, nuevas esferas de acción política y movimientos sociales. Véase Beck, Giddens, y Lash (1997), Beck (1999), Giddens (1998).

Capítulo 1: Como “muñecas rusas”: características de la sociedad industrial

En el siglo XIX la primera modernización encontraba un opuesto sobre el cual desarrollarse, un mundo tradicional y una naturaleza que había que conocer y dominar. El desarrollo industrial se caracterizó por la superación de las formas sociales preindustriales, al modificarse la base esencialmente agrícola de producción por una industrial y las pautas rurales por las urbanas, cambiando tanto el tamaño como los lazos entre las familias y las nociones de movilidad social. Asimismo por el aprovechamiento de la naturaleza, sin considerar las consecuencias, bajo el supuesto de que los problemas generados por el desarrollo industrial podían ser superados por nuevos avances de la técnica.

Como en otras transiciones históricas, variaron las configuraciones sobre la inseguridad,² y los esquemas de protección de los sujetos. Castel (2004), refiere a las protecciones “premodernas”, cuando dominaban los lazos alrededor de la familia y el linaje, y los individuos estaban definidos por el lugar ocupado en un orden jerárquico. La seguridad se garantizaba por la pertenencia directa a la comunidad, tanto en las comunidades campesinas como en los cuerpos de oficios urbanos.

En la modernidad, el estatus del individuo cambia para ser reconocido “por sí mismo” (Castel, 2004:19) al margen de las protecciones establecidas por la proximidad. El autor recupera las obras de Hobbes, Locke y Weber referidas a la constitución del Estado, en tanto se requiere combatir la inseguridad para la vida en sociedad e instituirlo y dotarlo a éste de poder efectivo para desempeñar el rol de proveedor de protecciones y de garante de la seguridad.³

La conformación del Estado-nación —con los múltiples factores intervinientes— fue central en las sociedades modernas, ligado históricamente al surgimiento y el desarrollo del capitalismo (Halperín Donghi, 1970; Laclau y Lechner, 1981).

². Refiere a la inseguridad social, entendida como “el riesgo de estar a merced de las idas y venidas de la vida: una enfermedad, una accidente, la pérdida del trabajo”; diferenciándola de la inseguridad civil (violencia, amenazas sobre los bienes y las personas, robos, delincuencia) (Castel, 2013).

³. Las diferencias entre los contractualistas exceden a la temática de la Tesis, basta mencionar que del Estado absoluto hobbesiano se pasa a la consideración de Locke de la propiedad privada como institución social a asegurar, a la vez que es la garantía frente a las contingencias de la existencia.

Se pueden distinguir dos grandes tipos de protecciones: las civiles y las sociales. Las primeras garantizan las libertades fundamentales, los bienes y las personas, en el marco de un Estado de derecho, que tiene como función esencial ser “guardián del orden público y garante de los derechos y los bienes de los individuos” (Castel, 2004:24). Las segundas “cubren” contra los riesgos que pueden degradar la situación de los individuos, como accidentes, enfermedades, vejez; y para su garantía se requiere de un Estado protector.

Si bien se denomina a las protecciones como civiles, ese Estado de derecho no protegía a aquellos que no tenían los medios de asegurarse la existencia por medio de la propiedad. Posteriormente, y para dar respuesta a esa situación se asociaron las protecciones a la condición del propio trabajador. La *condición salarial*⁴ será base de “recursos y de garantías sobre la cual el trabajador puede apoyarse para gobernar el presente y dominar el futuro” (Castel, 2004:42).

La inscripción en colectivos (sindicatos, asociaciones) fue la respuesta en la modernidad para el desarrollo de una sociedad estable e integrada. Respuesta que pasa “por la constitución de los derechos sociales y por la implicación creciente del Estado en un rol social” (Castel, 2004:54) y se despliega a lo largo del siglo XX, particularmente después de la Segunda Guerra Mundial. El individuo pasa a estar protegido en función de pertenencias que ya no radican en las comunidades “naturales” (la familia, el grupo territorial) sino en “colectivos contruidos por reglamentaciones y que generalmente tienen un estatuto jurídico” (Castel, 2004:51). El trabajo productivo y la profesión conforman el eje de la existencia en la época industrial, en tanto que la organización de las biografías tiene como vector el empleo.

Trabajo productivo y familia constituyen las coordenadas de la época, enmarcados en Estados nacionales. En este sentido, algunos autores refieren a “régimen de bienestar” como la forma conjunta e interdependiente en que se produce y distribuye el bienestar por parte del Estado, el mercado y la familia. El papel de la familia

⁴. La cursiva proviene del texto original.

puede oscilar entre la desfamiliarización (reducción de la dependencia del individuo respecto de la familia o, inversamente, el aumento de la capacidad de comando del individuo sobre recursos económicos, independiente de las reciprocidades familiares y conyugales), y el familismo (responsabilidad de la familia sobre el bienestar de sus miembros, la ayuda y el cuidado interfamiliar) (Esping-Andersen, 1993). Jelin define a la familia como una institución social, creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo.⁵ A pesar de la heterogeneidad que puede asumir en diversas configuraciones culturales, “se trata siempre de cómo se organiza la convivencia, la sexualidad y la procreación” (Jelin, 1998:15).

En la sociedad industrial las formas de vida colectivas “encajaban” unas con otras, y la familia nuclear suponía los roles sexuales y éstos la división del trabajo entre hombres y mujeres. Por ello, las formas sociales clase, familia, situaciones sexuales de los hombres y las mujeres se correspondían (Beck, 1998). En este encastre, los “destinos sexuales” —varón proveedor, mujer encargada del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos— eran “suavizados, suprimidos, agudizados y ocultados mediante el amor” (Beck, 1998:144). El matrimonio se constituía en un componente directo del orden social, era un modo de vida y de trabajo socialmente vinculante que prescribía los pasos a seguir. Matrimonio que se sostenía en otras redes de apoyo como vecindario y grupos de referencia (Beck-Gernsheim, 2003).

Si el trabajo productivo era el eje de sentido del varón, para la mujer, el sentido de su existencia, “pasaba y pasa en gran medida por la entrega a sus seres queridos. En términos ideales, esta lógica la impulsa a privilegiar las necesidades ajenas sobre las propias, a postergar sus propios deseos en función del bien colectivo, a dar su trabajo y afecto sin esperar, en lo inmediato, retribución alguna” (Wainerman, 2005:247). En este sentido, al proceso consolidado a principios del siglo XX de construcción social de lo materno y las maternidades, la presunción de mujeres con

⁵. El estructural funcionalismo consideraba como funciones básicas de la familia la socialización de los hijos y la contención emocional de los adultos. Teóricos y militantes feministas y marxistas críticos a esa visión proponen comprender el campo de lo familiar articulado al campo político, económico y cultural, incorporando la dimensión de género. Para mayor desarrollo véase Schwarz, P. y Mendes Diz, A. M. (2009). “Abordaje teórico y sociohistórico de las transformaciones de la familia. Su realidad actual desde la mirada de los jóvenes”, trabajo presentado en las II Jornadas Nacionales de Historia Social, La Falda, Córdoba, 13, 14 y 15 de mayo de 2009.

sentidos esenciales de naturalidad, afecto, sacrificio, se lo denominó “invención de la maternidad” (Badinter, 1981; Giddens, 2000).

Esos vínculos tradicionales (familia, comunidad, y también religión) tienen una doble cara, “delimitan, de manera rigurosa, las posibilidades de elección del individuo [a la vez que] ofrecen, familiaridad y protección, una base de estabilidad e identidad interior” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:72). Las pautas de vida tradicionales permiten controlar el espacio y el tiempo, contribuyen a la toma de decisión y proporcionan parámetros. Una sociedad tradicional es un tipo de sociedad en la que la tradición tiene un papel dominante, no sólo representa lo que “se hace”, sino también lo que “debería hacerse”. La tradición está relacionada con la memoria, específicamente con la memoria colectiva, implica el ritual y posee un carácter vinculante que combina un contenido moral y emocional (Giddens, 2001).

Los roles tradicionales (varón proveedor/mujer madre), la movilidad profesional masculina y la movilidad familiar coincidían (Beck, 1998:105), inscribiéndose dentro de las esferas pública y privada; no sólo no admitiendo a las mujeres en la primera sino también obturando derechos en la esfera privada (Barrancos, 2012). Bajo esos roles, se privilegia la heterosexualidad reproductiva (Libson, 2011) y la familia biológica, heterosexual, biparental y nuclear se consolida como hegemónica.

Conceptualmente, el análisis de las formas sociales industriales de ésta época es denominada modernización simple. La explotación de la naturaleza bajo el mito del progreso, las protecciones colectivas y el pleno empleo en el marco de Estados nacionales protectores, la atribución de identidades colectivas preexistentes (clase, etnia, grupos religiosos), los roles prefijados para varones y mujeres, fueron características típicas de esta primera modernidad.

Capítulo 2: Como “líquidos”: características de la sociedad del riesgo global

En el pasaje de la sociedad industrial a la sociedad del riesgo se pueden distinguir tres fases históricas. En la primera, que se prolonga hasta los años sesenta, se enfrenta la necesidad de reconstruir un mundo en ruinas luego de la Segunda

Guerra Mundial. El miedo a un nuevo desplome lleva a que las virtudes de entonces tales como el sacrificio, el trabajo sin descanso y la asistencia a los demás se refuercen mutuamente. En la segunda fase, que se extiende hasta la década del ochenta, la riqueza administrada es tenida por segura y los efectos secundarios del progreso (por ejemplo, sobre la naturaleza) no son considerados. En la tercera, desde 1980, se pierde la confianza en que las instituciones clave del mundo industrializado —economía, derecho y política— estén en condiciones de controlar las consecuencias que ellas mismas engendran. En esta transición, las biografías del bienestar se convierten —gradualmente— en biografías de riesgo (Beck, 1997).

En ese proceso histórico, la modernidad radicalizada (o segunda modernidad) ha transformado la relación con la naturaleza y la estructura social de la sociedad industrial, la percepción de los riesgos y, en consecuencia, los esquemas de protección y llevó al agotamiento y el desencanto de los colectivos sociales.

Respecto de la primera transformación, las preocupaciones pasan de lo que puede hacernos la naturaleza a lo que le hemos hecho a la naturaleza (Beck, 2008) y ya no se trata del aprovechamiento de la naturaleza, sino de los problemas que son consecuencia del desarrollo científico-técnico sobre ella. La sociedad del riesgo comienza en donde termina la naturaleza. Esto significa que las destrucciones de la naturaleza relacionadas con la producción industrial, dejan de ser “meras destrucciones de la naturaleza y se convierten en un componente integral de la dinámica social, económica y política” (Beck, 1998:89); con lo cual la modificación de la naturaleza se transforma en nuevas amenazas para los seres humanos.⁶

A la percepción de los riesgos considerados “clásicos” —enfermedad, accidentes, vejez—, se adiciona, desde aproximadamente 1980, una generación de riesgos cuya emergencia se corresponde con las consecuencias descontroladas del desarrollo de las ciencias y las tecnologías que se vuelven contra la naturaleza. Los nuevos riesgos de la época —atómicos, ecológicos, sanitarios, genéticos y químicos— no pueden asegurarse ni cuantificarse, es imposible prever cobertura, pierden la

⁶. Los problemas ambientales y las catástrofes climáticas son temáticas frecuentemente mencionadas en los postulados de la sociedad del riesgo y los autores que las trabajan utilizan esta teoría para sus análisis (Véase Natenzon, 1995; Funtowicz y De Marchi, 2000; Herzer et al, 2002).

determinación espacio-temporal, y no pueden ser atribuidos a nadie en particular, siendo imposible asignar la responsabilidad sobre su desarrollo (Beck, 2004).

El concepto de riesgo hace referencia a elección entre diferentes opciones, a decisión y a contingencia. Esto lleva a distinguir la noción de riesgo de la de peligro: el riesgo existe frente a posibles eventos negativos, derivados de decisiones tomadas (o no tomadas, ya que también es una decisión no actuar); mientras que el peligro existe frente a eventos desconocidos.

En efecto, la percepción de los riesgos está necesariamente contextualizada y se construye localmente, contextualización que es “sólo extensible en la imaginación y con la ayuda de tecnologías tales como la televisión, los ordenadores y los medios de comunicación de masas” (Beck, 2000:17). Por lo tanto, las nuevas tecnologías de la comunicación adquieren un papel central en la actualidad en relación al conocimiento y a la percepción de los riesgos.

Tanto el riesgo como la vulnerabilidad son dos caras de la misma moneda, entendiendo a la vulnerabilidad social como “un concepto colectivo que abarca los medios y posibilidades de que disponen (o no) los individuos, las comunidades o grupos enteros de población para acabar con los riesgos [...] y las inseguridades (sociales) que amenazan su existencia” (Beck, 2008:242).

Sobre los riesgos surgen controversias entre los autores. Beck (1998) argumenta que con la extensión de los riesgos se relativizan las diferencias, al ser estos más “democráticos” y exceder la distinción de clase, propia de los riesgos “clásicos” de la sociedad industrial. Contrariamente, Castel (2004) considera que es inexacto decir que los nuevos riesgos atravesarían las barreras de clase y estarían distribuidos democráticamente. El argumento de Beck es que las características de los nuevos riesgos permiten hablar de un *efecto bumerang*⁷, para referir a que nadie puede estar seguro frente a ellos. La capacidad de los demás de contaminar el entorno condiciona el presente y el futuro de cada uno de los individuos. Se daría entonces un solapamiento entre la sociedad de clases y la sociedad del riesgo, en el cual “los

⁷. La cursiva proviene del texto original.

riesgos parecen fortalecer y no suprimir la sociedad de clases” (Beck, 1998:41). Similar al *efecto bumerang* a nivel individual, es la situación entre los países ya que algunos riesgos no distinguen fronteras y se mueven más allá de los límites del país generador del riesgo afectando a otros.

Además, el concepto de riesgo invierte las relaciones temporales entre pasado, presente y futuro. El pasado pierde poder para determinar el presente y, en cambio discutimos sobre un eventual futuro, “algo que no sucede pero que podría ocurrir” (Beck, 2000:11).

Los riesgos —que pueden ser relativos a fenómenos totalmente diferentes: ecológicos, industriales, económicos, pero también en la gestión de la salud, o el empleo— ponen en cuestión la autoridad de lo público, las definiciones culturales, la ciudadanía, los parlamentos, los políticos y la ética. Desde una postura optimista, Beck (1998) se pregunta si el riesgo no podrá tener aspectos positivos como la construcción de comunidades posnacionales que puedan construirse frente a determinada situación que trascienda las fronteras nacionales.

Dadas las características de los nuevos riesgos, las protecciones colectivas basadas en la condición salarial cuya dinámica se administraba en el marco del Estado-nación, son insuficientes. Además estos dos pilares vienen resquebrajándose a partir de la década de 1970 en Europa y posteriormente en las sociedades latinoamericanas.

La globalización modifica la fuerza y el alcance de las acciones estatales, ya que no “pretende solamente eliminar las trabas de los sindicatos, sino también las del Estado nacional; con otras palabras, pretende restar poder a la política estatal-nacional” (Beck, 1998b:17). Los procesos económicos, políticos, culturales y sociales que se desarrollan a escala mundial adquieren preeminencia sobre los procesos que se desarrollan a escala nacional. Así, en el orden comercial se profundizaron o iniciaron procesos de integración regional, como la Unión Europea y el Mercosur que permiten la transferencia de la toma de decisión de los estados nacionales a una gestión comunitaria o supraestatal (Gerchunoff y Llach, 1998). Incluso esferas consideradas de la vida cotidiana, relacionadas al plano local, a “la

aldea”, como la música, los libros o el fútbol, sufrieron y sufren constantes “mutaciones” (Baricco, 2008) en el proceso de la globalización.

Otro proceso que modificó el alcance de la actividad estatal fue la reforma del Estado. En nuestro país se desarrolló durante la década de 1990 y han sido ampliamente estudiadas por la bibliografía las implicancias de las reformas (Oszlak, 1999; Bresser Pereira, 2001), las orientaciones teóricas que dieron argumentos a las reformas, la utilización de la teoría de la elección racional, la teoría de la agencia y el neo-institucionalismo (Fleury, 2001), el cambio del paradigma burocrático de gestión por el nuevo gerencialismo (Crozier, 1997) para mencionar sólo algunos de los abordajes teóricos desde los cuales se estudió la reforma.⁸

Producto de los efectos de globalización y de reforma del Estado, pero también de las particularidades propias de cada país, se erosionaron las categorías profesionales homogéneas y las instancias de regulación colectiva. El desempleo masivo y la precarización de las relaciones laborales no afectaron sólo diferencialmente a las diversas categorías de trabajadores, también ocasionaron las disparidades intracategoriales y transformaron ese segundo eje basado en la solidaridad a la competencia: “cada uno es impulsado a privilegiar su diferencia para mantener o mejorar su propia situación” (Castel, 2004:57), abandonando los objetivos comunes.

Se trata de la promoción de un modelo biográfico en el cual cada individuo debe afrontar las contingencias de su recorrido profesional que será discontinuo y electivo. En este, el individuo rompe con las relaciones de protección colectivas y queda sujeto a las constricciones del mercado de trabajo (y sus múltiples y cambiantes demandas) y del consumo (Beck, 1998). Es el pasaje “gradual pero implacable” de una sociedad de productores a otra de consumidores, es decir, “de una sociedad orientada por la ética del trabajo a otra gobernada por la estética del consumo”

⁸. La crisis del Estado de Bienestar y el paradigma aperturista de la época se visibilizan en nuestro país también en los lineamientos de la política social: la focalización por sobre la universalización manifiesta los procesos de individualización en esta esfera. Véase Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. (1998). *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores/CIEPP; y Barbeito, A. y Lo Vuolo, R. (1992). *La modernización excluyente. Transformación económica y Estado de bienestar en Argentina*. Buenos Aires: Losada, UNICEF.

(Bauman, 1998:10).⁹ Si bien estas modificaciones se dan en los ámbitos productivos más avanzados, las exigencias se van imponiendo también en los demás campos de la producción, aunque bajo formas y grados diversos.

Se generalizan la movilidad, la adaptabilidad y la disponibilidad en las relaciones laborales, posibilitadas por el fuerte desarrollo de las telecomunicaciones que permite “un desacoplamiento temporal y espacial de procesos productivos y laborales” (Beck, 1998:192), con resultados negativos o positivos en la construcción de las biografías individuales.

La configuración familiar de la sociedad industrial (varón trabajador y mujer encargada del hogar) comienza a tensionarse cuando, en el marco de reivindicaciones de libertad y de realización personal de hombres y mujeres, ambos miembros de la pareja quieren (o necesitan) trabajar (Beck, 1997).¹⁰

Si bien en América latina el solapamiento de las lógicas de reparto de bienes y de riesgos da lugar a una situación “sumamente desventajosa, sobre todo para aquellos que han sido excluidos del reparto de bienes y a pesar de ello, resultan destinatarios del reparto de riesgos” (Gutiérrez, 2002:5), la modernización en nuestro país tuvo características particulares. Argentina fue considerada como un modelo de temprana y exitosa modernización, y su Estado de bienestar puede considerarse único en América latina:

[...] allí están los altos índices de urbanización e integración conflictiva de mediados del siglo XX (aún comparado con la Europa desarrollada y moderna de la época), sus altas tasas de alfabetismo, el control de los nacimientos que hicieron que a partir de 1930 hubiera una alta regulación familiar de los mismos y el surgimiento de una sociedad industrial ligada a una extensiva sociedad salarial (Mallimacci, 2008:83).

⁹. El autor también aborda la modificación de ser pobre en este pasaje; si en la época industrial significaba estar sin trabajo, actualmente alude a la condición de un consumidor expulsado del mercado. Para un mayor desarrollo de la ética del trabajo pueden consultarse Bauman, Z. (1998). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa; y Bauman Z. (2007). *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.

¹⁰. Se profundizará en estos cambios en el último capítulo.

Por tanto, el origen europeo de los conceptos de la teoría de la sociedad del riesgo no invalidaría su aplicación al análisis de las sociedades latinoamericanas contemporáneas.

Entre los procesos que caracterizan a la sociedad del riesgo se destacan el de individualización, el de destradicionalización y el desarrollo científico-técnico, los cuales se analizan a continuación.

2.1 Proceso de individualización

Beck (1998:130) define la individualización como “la desintegración y la sustitución de las formas de vida socioindustriales por otras, en las que los individuos deben producir, escenificar y remedar ellos mismos, sus propias biografías”. Es un concepto que describe una transformación estructural de las instituciones sociales y la relación del individuo con la sociedad (Beck y Beck-Gernsheim, 2003).

Esto implica que, a diferencia de la sociedad industrial, “las posibilidades, los peligros y las ambivalencias de la biografía, que antes podían ser superados en el marco de la unión familiar, en la comunidad aldeana, en el repliegue a la clase o grupo social, cada vez más tienen que ser atendidos, interpretados y elaborados por los individuos mismos” (Beck, 1999:36).

Si bien se desintegran las certezas de la sociedad industrial, individualización no significa atomización, aislamiento, soledad, individualismo ni individuación (como convertirse en una persona única).¹¹ Se trata de un “individualismo institucionalizado” en tanto los derechos están pensados para individuos: presuponen el empleo, este implica educación, y ambos presuponen movilidad social. A través de esos requisitos “se invita a la gente a constituirse como individuos: a planear, a entender, a diseñarse como individuos y, en caso de que fracasen, a culparse a sí mismos. De forma paradójica, individualización implica, por tanto, un estilo colectivo de vida” (Beck, 2009:14).

¹¹. Algunos autores señalan que los procesos de individualización son propios de las sociedades industrializadas, mientras que en los países de la periferia globalizada se darían procesos de individuación, entendiéndola como construcción de la individualidad en contextos caracterizados por la generalización de la exclusión, por tanto, la autoconfrontación es desregulada y aumentan las inseguridades (Robles Salgado, 2005). No obstante, ni Beck ni Giddens hacen esta distinción.

Se distinguen dos perspectivas teóricas que reflejan una apreciación diferencial del proceso de individualización. Para algunos se caracteriza por la progresiva emancipación del agente respecto de las estructuras, mientras que otros ponen de relieve el carácter deficitario del individualismo contemporáneo, despojado de los soportes colectivos (Svampa, 2000).

Autores como Beck y Giddens consideran un individuo emancipado, productor y responsable de su propia biografía, que no se limita al recorrido profesional sino a todas las actividades de la vida; en oposición, Castel —en la línea de Durkheim— considera que esas exigencias ponen de manifiesto la crisis del lazo social. Centrándose en el análisis de la sociedad salarial destaca los aspectos negativos: vulnerabilidad, desafiliación, exclusión, señalando que “resulta innegable que con esta individualización de las tareas y de las trayectorias profesionales asistimos también a una responsabilización de los agentes. Son ellos los que deben afrontar las situaciones, asumir el cambio, hacerse cargo de sí mismos” (Castel, 2004:60).

A partir de los procesos de individualización, las situaciones del individuo en la sociedad del riesgo son cada vez más inciertas: trabajo precario, inestabilidad de las uniones matrimoniales, dificultades en la identificación de los valores, escepticismo, marginación, y desarraigo (Beck, 1997). En este contexto las personas están obligadas a hacer de sí mismas el centro de sus propias vidas, al menos para la supervivencia material.

En el prefacio a la obra de Beck y Beck-Gernsheim (2003), *La individualización*, Bauman da cuenta de la relación entre responsabilidad y frustración en diversos aspectos, señalando por ejemplo que si un individuo se enferma es porque no fue lo suficientemente aplicado para seguir un régimen apropiado, si no consigue empleo es porque no supo estar a la altura de la entrevista, si teme de su futuro es porque no se rodeó de personas influyentes, y así frente a las más variadas situaciones. Por esto, uno de los rasgos característicos de la sociedad contemporánea es que exige una activa construcción por parte de los individuos. La identidad pasa a ser una tarea, con las responsabilidades y las consecuencias que tiene su construcción.

A medida que se amplía la gama de opciones y aumenta la necesidad de decidir entre ellas, se requiere de acciones realizadas individualmente, de ajustes, de coordinación y de integración. Los individuos deben ser capaces de planificar, adaptarse, organizarse, improvisar, fijarse metas, reconocer los obstáculos. Esto significa que las “oportunidades, los peligros y las incertidumbres biográficas, que antes estaban predefinidas dentro de la asociación familiar o de la comunidad rural, o a tenor de las normativas de los estados o clases asistenciales, deben ahora percibirse, interpretarse, decidirse y procesarse por los propios individuos” (Beck y Beck-Gernsheim, 2003:42).

Cada individuo tomará decisiones, aunque algunas pueden ser “decisiones conforme a modelos de ningún modo libres, sino forzadas, delimitadas, que nos introducen en dilemas” (Beck, 1999:133), pero finalmente decisiones que ponen al individuo en el centro.

La autorrealización y el logro individual (a diferencia del progreso económico y la familia) son los nuevos pilares de la sociedad. En este esquema, los problemas sociales se convierten en disposiciones psíquicas, acentuándose los sentimientos de culpa, miedos y conflictos. Tanto Giddens como Bauman coinciden en referir a las adicciones y los comportamientos compulsivos como formas con las que los individuos intentan construir barreras frente a la ansiedad provocada por las nuevas situaciones problemáticas y la incertidumbre que genera la vida cotidiana.

Se pasa de una época en la que existían “grupos de referencia” preasignados, a una de “comparación universal”, en la cual la construcción individual está irremediabilmente indefinida, “no dado de antemano” (Bauman, 2003:13); pasaje que implica mayor libertad pero también, mayor responsabilidad.

2.2 Proceso de destradicionalización

Para Giddens (1993) la destradicionalización implica un desmembramiento dado por un proceso de reorganización del tiempo y el espacio y un vaciamiento del contenido tradicional. Refiere al desanclaje de los sistemas sociales, entendiéndolo como “despegar” las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción, y reestructurarlas en indefinidos intervalos espacio-temporales.

La sociedad contemporánea global altera el equilibrio entre tradición y modernidad, ya que mientras la tradición controla el espacio y el tiempo, la globalización los altera, significa acción a distancia y trastoca las temporalidades.

Como fue mencionado, el individuo actualmente toma más decisiones, y evalúa luego las decisiones tomadas, y esto es más difícil que en la época anterior ya que, según Bauman (2004:11) el “camino correcto” antes único e indivisible, comienza a dividirse en “razonable desde el punto de vista económico”, “estéticamente agradable”, “moralmente adecuado”, y por lo tanto, las decisiones pueden ser correctas en un sentido y no en otro.

Por otra parte, las instituciones clave de la modernidad —racionalidad instrumental, Estado nacional y organizaciones públicas y privadas como base del control reglado de las relaciones sociales— se han “desbocado” (Giddens, 1998). El aumento de la incertidumbre es característico de la época, en tanto que la función estabilizadora de las rutinas y las instituciones en la toma de decisiones se disuelven (Beck y Beck-Gernsheim, 2003).

La familia ya no guía como en décadas anteriores, se asiste a cierto “pluralismo biográfico de las formas de vida, es decir, el cambio entre familias, mezclado con, e interrumpido por, otras formas de vida en común o en soledad, se convierte en la (paradójica) “norma” de las relaciones entre hombres y mujeres bajo las condiciones de la individualización” (Beck, 1998:151). La familia nuclear abandona la “exclusividad” que tenía en la sociedad industrial y se desarrollan diversos tipos de familias y formas de vida no familiares.

En las relaciones de intimidad de tipo moderno, la confianza es siempre ambivalente: los lazos personales pueden romperse y “los lazos de intimidad pueden ser devueltos a la esfera de contactos impersonales: cuando termina una relación amorosa, el íntimo repentinamente se convierte de nuevo en extraño” (Giddens, 1993:135). En este sentido,

[...] cada vez más áreas y preocupaciones de la sociedad que se consideraban naturales (tamaño de la familia, temas de educación, elección de profesión, movilidad, relaciones entre los géneros) se hacen ahora sociales e individuales, y por tanto se consideran susceptibles de exigencia de responsabilidades y sometidas a decisiones, y como tales son juzgadas y condenadas (Beck, 2009:119).

En cuanto a la comunidad, se quiebra la vecindad dada espacialmente, y las relaciones sociales y las redes de contacto pasan a ser producidas y conservadas individualmente. Esto puede significar ausencia de relaciones o aislamiento social; pero también, redes de relaciones de vecindad y de amistad elegidas y construidas por uno mismo (Beck, 1998). Los contactos aumentan, se diversifican pero su pluralidad también los puede hacer fugaces o superficiales. El problema de la inseguridad civil, asociado al temor de ser agredido en la calle y la desprotección sobre los bienes, influye en el proceso de disolución de los lazos barriales y las solidaridades locales (Amatriain, 2002).

Giddens (2000) señala que otras tradiciones, como las religiones, también experimentan grandes transformaciones. La destradicionalización en la esfera religiosa se evidenciaría en dos aspectos: por un lado el aumento del fundamentalismo (entendiéndolo como la tradición acorralada), y por otro, la búsqueda de espiritualidad personal, que desplaza la institución religiosa. Ese desplazamiento indicaría que “del monopolio católico se pasa a una pluralidad del campo religioso y avanza un proceso de desinstitucionalización e individualización del creer” (Mallimacci, 2008:89).

A partir de los hallazgos de una encuesta sobre creencias y actitudes religiosas en Argentina¹², Mallimacci afirma que estamos frente a esos procesos dado que la opinión mayoritaria de la sociedad argentina sobre cuestiones controversiales (aborto, educación sexual en las escuelas, uso de anticonceptivos, etc.) revela la autonomía de conciencia y decisión y toma de distancia de los postulados doctrinarios de las instituciones religiosas.

¹². Realizada en 2008 y dirigida por Fortunato Mallimacci. Estudio de alcance nacional, con una muestra polietápica probabilística superior, con selección de conglomerados mediante azar sistemático en un primer momento y con cuotas de sexo y edad ajustados a los parámetros poblacionales posteriormente. Margen de error: +-2% -nivel de confiabilidad, 95%. Casos: 2403.

En síntesis, la biografía construida por los individuos es destradicionalizada, lo cual no quiere decir que la tradición deja de existir sino que las tradiciones pasan a ser elegidas, inventadas, tienen fuerza en función de cómo las definen y experimentan los individuos, se modifica el estatus de la tradición.

2.3 Desarrollo científico-técnico¹³

Tal como se señalara anteriormente, mientras que los peligros de la sociedad industrial se consideraban generados externamente, principalmente por la naturaleza, “el nuevo carácter —desde el punto de vista histórico— de los actuales riesgos radica en su simultánea construcción científica y social” (Beck, 1998:203).

Por lo tanto, el desarrollo científico-técnico se hace contradictorio en tanto define y coproduce los riesgos. En consecuencia se instaura un proceso de desmistificación de la ciencia que también se somete a criterios científicos, al análisis de sus productos, las consecuencias y defectos. Se requiere de “más ciencia” para definir, conocer e intentar enfrentar los nuevos riesgos. La paradoja es que la ciencia experimenta por un lado un descenso de credibilidad pública, y por otro, aumentan los campos de aplicación; constituyéndose la sociedad del riesgo “dependiente de la ciencia y crítica con la ciencia” (Beck, 1998:221).

La desmitificación y la pérdida de autoridad de la ciencia pueden deberse en parte, según Beck, Giddens y Lash (1997), a las dos guerras mundiales, al armamento destructivo, la crisis económica global, entre otros procesos que llevaron al desencanto con los beneficios que la ciencia y la tecnología aportarían a la humanidad. Además, es difícil aceptar los hallazgos científicos como verdades dado el desacuerdo entre sí en muchas situaciones que demuestran “el carácter esencialmente variable de la ciencia” (Giddens, 2000:44).

En forma paralela, el aumento de los campos de aplicación de la ciencia se debe a que mucho de lo que antes era considerado natural ahora está influido por la

¹³. Se utiliza la noción de desarrollo científico-técnico acuñada por los teóricos de la sociedad del riesgo, fundamentalmente Beck (1998), sin desconocer los debates filosóficos y conceptuales sobre los términos “técnica” y “tecnología” (Quintanilla, 1991/1998; Parente, 2007; Castoriadis, 2004) del campo de la filosofía de la técnica (Ferrer 2010/2012; Parente, 2010), ni los enfoques provenientes de la matriz teórica foucaultiana (Foucault, 1977/ 1991/ 1996/ 2007; Murillo, 2002/2013).

actividad humana, incluso “la ciencia y la tecnología han invadido el cuerpo humano, y han vuelto a trazar la frontera entre lo que puede humanamente conseguirse y lo que simplemente hemos de “aceptar” de la naturaleza” (Giddens, 1998:74).

La creciente penetración de la innovación técnica en cada aspecto de la vida humana aparece entonces como un proceso ambiguo, en el cual es difícil separar las oportunidades de los riesgos (De Carolis, 2011). Y, al igual que frente a los procesos de individualización no hay opción, el desarrollo científico-técnico —en diferentes grados— atraviesa las diversas esferas de la vida, y “aunque rechacemos el progreso, no podemos evitar que se produzca” (Beck, 2004).

Las tecnologías atraviesan los diferentes ámbitos: seguridad, salud, vivienda, energía, alimentos, transporte, información, educación, cultura; haciendo cada vez más necesaria la definición de derechos socio-tecnológicos como parte del conjunto de derechos a disposición de los ciudadanos en las democracias (Armony, 2012), ya que la producción de ciencia y tecnología da forma a las relaciones socioeconómicas e impacta sobre la cultura (Thomas, 2009).

Lash (2005:40) refiere a “formas de vida tecnológicas”, noción que implica el entrecruzamiento entre realidades naturales-biológicas y sociales-culturales. Estas tendencias convergen en lo que se ha denominado “política de la vida” o “política vital” (Giddens, 1991; Rose, 2012). Aspectos que atañen a los cimientos de la vida de las personas (genética, medicina reproductiva) se convierten en materia de decisión, cuestiones en las que lo político irrumpe en el centro de lo considerado privado (Beck y Beck-Gernsheim, 2003).¹⁴

Son de interés en esta Tesis los aspectos referidos a los cambios científico-técnicos que afectan o impactan sobre el cuerpo, en especial, sobre la reproducción y la no reproducción.

¹⁴. Sobre las múltiples transformaciones a partir de los desarrollos científico-técnicos han sido analizadas, entre otras, las del mundo del trabajo (De Angelis, 2013; Figari y Álvarez Newman, 2013), la biotecnología (Digilio, 2013), las sexualidades y el género (Pecheny, 2013; Oberti, 2013), la muerte (Mariluz, 2013; Sibilia, 2005), la medicalización (Murillo, 2013), la socialización (Schwarz, 2013; Ringelheim, 2013; Sarchman, 2013).

La medicina ha ejercido un poder normalizador o de control social reflejado en los conceptos de salud/enfermedad y normal/patológico (Mainetti, 2006). Siguiendo a Le Breton (2006:83) hablar del cuerpo en las sociedades contemporáneas occidentales “significa referirse al saber anátomo-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna”. Medicina que no sólo estudia los cuerpos, sino que los controla y transforma: “El cuerpo humano, desde la concepción hasta la muerte (e incluso *post mortem*), está controlado por la medicina. De la concepción *in vitro* a la ablación de órganos, la medicina y la biotecnología vinculan los procesos orgánicos, los orientan a voluntad” (Le Breton, 2006: 228).

En efecto, la noción de medicalización¹⁵ describe los procesos por los cuales una serie de eventos y características de la vida cotidiana (conducta, comportamiento, etapas biológicas) pasan a ser considerados problemas médicos (Foucault, 1966; Conrad, 1982). Se pone de manifiesto en el hábito de consumir medicamentos, la dependencia de consultas con profesionales y la clasificación de etapas de la vida para las que se corresponden determinados tratamientos (Illich, 1975).

En este sentido las tecnologías de origen médico tienen un papel cada vez más importante en la vida cotidiana (Murillo, 2013), y también el lenguaje médico se ha extendido al lenguaje cotidiano.¹⁶ Con su avance profesionalizador, la medicina “quitó a los hombres técnicamente el padecimiento; lo administra y monopoliza profesionalmente”, y se generaliza la enfermedad como producto del “progreso” del diagnóstico (Beck, 1998:259). La espiral en decisiones y construcciones médicas no sólo se amplía en la realidad ambigua de la sociedad del riesgo, sino que también crea una constante expansión del mercado y de los servicios médicos.

Cuando en la práctica médica se adopta una nueva técnica, la incorporación no sólo transforma lo que los médicos hacen sino también el modo en que pacientes, enfermeros y médicos conciben la salud, la enfermedad y la atención médica: “transforma la cultura de ese mundo de la vida médica particular” (Bijker, 2012:78).

¹⁵. Las nociones sobre biopolítica de Foucault (1991), o la noción de Cyborg (organismo cibernético, en tanto híbrido compuesto de encarnación técnico orgánica y textualidad) de Haraway (1995) sientan las bases para la comprensión de los cuerpos modernos y posmodernos.

¹⁶. Para una mejor comprensión de la influencia de la medicalización en el lenguaje véase Susan Sontag, 1997, *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik Editores.

En el proceso de medicalización problemas personales o sociales pasan a considerarse problemas médicos (tristeza, duelo); factores de riesgo pasan a considerarse enfermedades; situaciones o cuadros poco frecuentes pasan a ser considerados, de forma artificial, situaciones o cuadros frecuentes (disfunción eréctil, disfunción sexual femenina); síntomas leves son elevados a indicadores de cuadros graves (colon irritable, síndrome premenstrual, etc.) (Orueta Sánchez et al, 2011).

Entre los factores relacionados al surgimiento y consolidación de la medicalización se destacan el acceso a la información (mayor acceso a información pero de calidad cuestionable); la secularización de la sociedad (declive de la función religiosa en el afrontamiento de los problemas); el papel desempeñado por la industria de la comunicación y la industria farmacéutica (fundamentalmente cooperando en la promoción de enfermedades).¹⁷

El aumento de la culpabilización de los individuos antes mencionada es evidente frente al proceso de medicalización. Por un lado se promueven litigios legales para encontrar culpables y reparar el daño y, por otro lado, se recupera la noción de responsabilidad de los actores involucrados desde el trauma individual (Krmptic, 2008). Aquel que no cuenta con los recursos (tanto económicos, como culturales, de redes, etc.) necesarios para mantenerse sano es culpable de su situación, individualizando las dificultades humanas y minimizando su naturaleza social.

Según estos parámetros, si somos ciudadanos responsables debemos adoptar hábitos saludables sobre nuestros cuerpos, informados por los lenguajes de expertos biomédicos (Rose, 2013). Esos hábitos (ejercicio, dieta) reducen la intervención médica curativa, convirtiendo al que tiene hábitos inadecuados (falta de ejercicio, mala alimentación, adicciones) en un desviado; la enfermedad es el castigo que se recibe por no llevar una vida saludable, además de ser considerado una carga para el Estado (Turner, 1984:271).

¹⁷. Frente al debilitamiento del Estado de bienestar, se da una situación que deriva al individuo que puede pagar hacia un estilo de vida sano y hacia servicios de salud privados. También se debilitan las funciones que cumple el Estado tanto en el diseño e implementación de políticas y programas de salud, como en la regulación de medicamentos.

Si bien todas las culturas enlazaron los sistemas de medicina con regímenes de adiestramiento corporal¹⁸, en la época moderna el cuerpo ha sido más profundamente invadido y es evidente en la esfera de la reproducción, tanto desde el control sobre las características de los hijos a tener, como desde el hecho que se pueda decidir “tener un hijo sin mantener relaciones sexuales, haciendo de esta forma realidad el nacimiento virginal” (Beck, Giddens y Lash, 1997:103; Strathern, 1995), y abrir una variedad de nuevas posibilidades en lo que respecta a las categorías e identidades de parentesco a partir de las tecnologías de reproducción asistida (Bestard, 2009a; 2009b).

Mientras la infertilidad era un destino predeterminado hoy se convierte en cierta manera en una decisión, dada la disponibilidad y variedad de tratamientos de reproducción asistida. Frente a los desarrollos científico-técnicos de la época, el embarazo ya no se considera como un acontecimiento natural, no sólo puede lograrse técnicamente sino que también requiere de cada vez más crecientes y diversos exámenes especiales de prevención y controles médicos.¹⁹ Los tiempos de la maternidad y la paternidad son manipulables, logrando gestaciones científicamente controladas, “al azar de la concepción y de la gestación se le opone, actualmente, una medicina del deseo, de las intervenciones sobre los genes, sobre los embriones, incluso sobre los fetos” (Le Breton, 2006:228).

En este sentido, Stanworth (1987) distingue cuatro tipos de intervención médica en la reproducción humana: la prevención de la concepción, la extensión de los servicios de obstetricia en el embarazo, el “control” de los dolores en el parto²⁰, y el cambio en las formas de procreación (desarrollo de la reproducción asistida).

¹⁸. Proceso de tecnificación que en su aspecto restringido aparece “ligado con la extensión sobre la vida y el cuerpo humanos de principios de autonomización de procesos, mejoramiento, optimización y responsabilización individual por el cuidado de la dotación psicofísica propios de una particular combinación entre el código técnico industrial-capitalista y las modalidades emergentes de la gubernamentalidad neoliberal” (Costa, 2011:69).

¹⁹. Antes, cuando se decidía quedar embarazada o se aceptaba un embarazo no se confrontaba más que con la decisión de gestar ese embrión hasta el final o no; ahora, con el diagnóstico prenatal se crea una distancia interior con el futuro hijo: “el amor por el hijo puede desplegarse únicamente a partir del momento que los tests de laboratorio señalan que no existe ningún motivo para preocuparse” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:170).

²⁰. La intervención médica en el parto produjo varios efectos: si bien en alguna medida la medicalización y la institucionalización contribuyeron al descenso de los indicadores de mortalidad perinatal y materna, llevaron también a que las mujeres pierdan el papel activo en el acontecimiento

Tanto las tecnologías reproductivas como las anticonceptivas pueden ser vistas como “técnicas corporales”, en el sentido planteado por Mauss (1979). Esta noción se basa en la ampliación del concepto de técnicas más allá de la adopción de instrumentos y su despliegue en esferas productivas, y supone que hasta las acciones más nimias de la vida cotidiana aprehendidas socialmente implican un desempeño técnico del cuerpo, que compromete tanto la transformación de lo morfológico (el cuerpo en su materialidad) como la del comportamiento, dado por el *habitus* (del Río Fortuna, 2009). Esto implica reconocer que las técnicas no sólo modifican a quien las ejecuta o utiliza —evidenciando el carácter maleable del cuerpo—, sino que involucra la transformación de las relaciones sociales con los otros.

El desarrollo científico-técnico y el proceso de medicalización en el campo de la no reproducción atraviesan un amplio abanico que incluye desde las tecnologías de reproducción asistida hasta la utilización de técnicas quirúrgicas y farmacológicas para la interrupción de un embarazo, pasando por la administración de una diversidad de métodos anticonceptivos.

Algunas tecnologías anticonceptivas son de fácil utilización (anticonceptivos orales, preservativo, diafragma); mientras otras requieren la intervención médica como el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la ligadura de trompas. En esos casos, la decisión de realizar o no la intervención se dirime en el espacio asistencial de la salud, jurisdicción de la biomedicina, que en algunas oportunidades cuestiona la utilización de esos métodos (principalmente la ligadura de trompas en mujeres jóvenes o con pocos hijos).²¹

Nucci (2012) reflexiona sobre la píldora anticonceptiva y su relación con el concepto de “drogas de estilo de vida”, entendidas como medicamentos no necesariamente utilizados para una afección, sino para mejorar la vida de las personas, en tanto

del parto y se fragmente la experiencia singular al funcionamiento del aparato reproductivo aislado (Checa y Rosenberg, 1996).

²¹. La ligadura tubaria es un tema que ha evolucionado en el derecho argentino desde una interpretación que la consideraba prohibida, hasta la permisión mediante ley, lo que permite observar cómo la consideración en torno a los límites de la disposición corporal están también sujetos a la percepción y los cambios sociales (Siverino Bavio, 2011).

habitualmente los laboratorios ponen el foco en los efectos secundarios de la pastilla —reducción del acné, reducción de molestias asociadas a la menstruación, mejora del “humor” relacionado a las hormonas— más que en el control de la reproducción.

Los avances científicos y técnicos en el campo de la reproducción y la no reproducción pueden oscilar entonces entre un uso excesivo, relacionada a los procesos de medicalización, y la omisión, que vulnera los derechos a la salud, sexuales y reproductivos, y la autonomía de las mujeres y sus parejas.

En este sentido, cabe destacar que en salud sexual y reproductiva “los temas relativos a la autonomía (información, consentimiento, confidencialidad, competencia, toma de decisiones) son cruciales, personales y a veces muy problemáticos” (Pecheny et al, 2007:195). Se relaciona con acciones, creencias, razones de actuar, reglas, voluntad de otras personas, pensamientos y principios. Existen pacientes que, bajo circunstancias específicas, situaciones sensibles o límites (embarazo o aborto), prefieren delegar en el profesional el manejo de la información a través de una decisión autónoma (Pecheny et al, 2007), es decir, más que renunciando a su autonomía, la estarían ejerciendo de otra forma.

Capítulo 3: Familias, parejas y afectos en la sociedad del riesgo global: entre las “muñecas rusas” y los “líquidos”

La individualización en las familias, las parejas y los afectos significa que los seres humanos son liberados de los roles de género internalizados, tal como estaban previstos en la sociedad industrial para la familia nuclear y, al mismo tiempo, se ven obligados a construirse una existencia propia a través del mercado laboral, de la formación y de la movilidad y, si fuera necesario, en detrimento de las relaciones familiares, amorosas y vecinales. Los individuos fueron despedidos de las certidumbres de la sociedad industrial “hacia la soledad de la autorresponsabilidad, de la autodeterminación y de la autoamenaza de sus vidas y amores” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:20).

Se describieron procesos generales del pasaje de la sociedad industrial a la sociedad del riesgo global porque, como argumenta Beck (1998), al estudiar las relaciones entre los sexos (sexualidad, matrimonio, mater/paternidad) se “cuelan” el trabajo, la profesión, la desigualdad, la política, la economía: al hablar de la familia se tiene que hablar también del trabajo y del dinero; si se habla del matrimonio no puede omitirse la educación, la movilidad y el reparto (generalmente desigual) de las tareas domésticas.

En este último capítulo nos centraremos en las configuraciones familiares²², de pareja y afectivas, que permiten comprender los cambios y las continuidades en la no reproducción, atravesadas también por riesgos biográficos relacionados a las trayectorias laborales, educativas, entre otras. La espiral de la individualización interviene en la familia y esta se convierte en un “malabarismo permanente con ambiciones divergentes entre las profesiones y sus exigencias de movilidad, las obligaciones educativas, los deberes para con los hijos y la monotonía del trabajo doméstico” (Beck, 1998:148). Asimismo, otros cambios acompañaron la tensión en el esquema familiar: la prolongación de la esperanza de vida (que extiende el período del “nido vacío”); el desarrollo de métodos anticonceptivos y la equiparación de oportunidades educativas.²³ Tal como sostienen Beck y Beck-Gernsheim (2001:41) hace unos años los argumentos que explicaban la discriminación de las mujeres en el ámbito laboral se centraban en la menor educación, y luego de la expansión educativa “se esconden detrás de otras barreras de defensa: el rol de la madre”.

El espacio de seguridad afectiva, sexual y material de la familia en la sociedad contemporánea se restringe a la relación de la pareja, lo que se fue perdiendo se busca en el otro. En un contexto donde “Dios no, el sacerdote no, la clase no, el vecino no, así que al menos tú” (Beck, 1998:151), lo que mantiene juntos al matrimonio y a la familia es el miedo a la soledad. La pareja es el centro al “menguar

²². No se pretende un análisis de las transformaciones familiares en los diversos contextos sociohistóricos sobre los cuales existe abundante bibliografía (Véase Wainerman, 2005; Torrado, 2003; Jelin, 1998; Amatriain, 2002; Binstock, 2008; Barrancos, 2012).

²³. Cabe señalar, no obstante, que la apertura en la educación no se tradujo directamente en apertura en el mercado laboral. Para mayor desarrollo véase Wainerman, 2003; Cerrutti, 2003; Pautassi, 2000 y Pautassi, Faur y Gherardi, 2004.

el papel económico de la familia y convertirse el amor, o el amor más la atracción sexual, en la base de los lazos matrimoniales” (Giddens, 2000:72). La pareja y la familia han recibido una sobrecarga de las expectativas sociales que se vuelcan al plano de la intimidad (Beck, 1998). Todo se vuelve inseguro: la forma de la convivencia, quién hace qué trabajo, las nociones de sexualidad y amor y su inclusión en el matrimonio y en la familia, la institución de la paternidad se disgrega en padre y madre.

La relación entre los sexos se modifica en todos los ámbitos y se enfatizan los conflictos debido a las nuevas posibilidades de elección, tanto de la movilidad profesional, el reparto del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, el tipo de anticoncepción y de sexualidad. Al tomar decisiones se toma conciencia de las diversas y contrapuestas consecuencias y riesgos para hombres y mujeres y, por tanto, de los contrastes de sus situaciones (Beck, 1998).

Por lo tanto, “en el seno de la familia se distinguen con mayor nitidez los contornos de las vidas masculinas o femeninas” (Beck y Beck-Gernsheim, 2003:174) y lo novedoso es la individualización del currículo femenino. La palabra “igualdad” adquiere en este contexto un significado diferente —y de alguna manera opuesto— para los hombres y las mujeres. Para ellas es “más educación, mejores oportunidades laborales, menos trabajo doméstico, [y para ellos] más competencia, renuncia a la carrera profesional, más trabajo doméstico” (Beck, 1998:140). A la vez, la participación de las mujeres en el mercado laboral libera a los hombres del rol de único proveedor.

Beck y Beck-Gernsheim (2001) señalan que los conflictos sobre el trabajo doméstico son aún más comprensibles si consideramos que están íntimamente relacionados con la imagen del yo y los proyectos de vida de los hombres y las mujeres.²⁴

La “obligación” de tomar decisiones que caracteriza el proceso de individualización se da también en el ámbito de la pareja y la familia, y se visualiza en una pluralidad de situaciones cualitativamente diferentes a la familia nuclear de la sociedad

²⁴. Sobre la distribución del trabajo doméstico en nuestro país puede consultarse Rodríguez Enríquez, 2005; Wainerman, 2003; López y Findling, 2012.

industrial: concubinatos, familias sin hijos, familias con descendencia adoptiva o producto de las tecnologías reproductivas, familias monoparentales, familias ensambladas y una gran variedad de situaciones familiares que se pretenden expresar en el reemplazo conceptual de la familia por las familias; Beck y Beck-Gernsheim (2003) hablan de familia posfamiliar.²⁵

Jelin (1998:18) señala que se asiste a “una creciente *multiplicidad de formas de familia y de convivencia*.”²⁶ Esta multiplicidad, lamentada por algunos, puede también ser vista como parte de los procesos de democratización de la vida cotidiana y de la extensión del “derecho a tener derechos” (inclusive al placer), con lo cual la idea de crisis se transforma en germen de innovación y creatividad social”. En este proceso de democratización de la familia, se añade al desarrollo profesional, entre otras decisiones, la elección de los métodos anticonceptivos (y la posibilidad de interrupción del embarazo), la posibilidad de ruptura del matrimonio, el momento, el número y el cuidado de los hijos y la distribución de las tareas domésticas y de cuidado.

Específicamente en las decisiones ligadas a la anticoncepción, Beck y Beck-Gernsheim (2003) plantean algunas tensiones de la “liberalización femenina”, en tanto que la mayoría de los métodos anticonceptivos exigen que se haga algo previamente a la relación sexual, y si el método es utilizado por la mujer puede interpretarse como un signo que “contradice la pasividad que tradicionalmente se esperaba de la mujer” (Beck y Beck-Gernsheim, 2003:145). Los métodos anticonceptivos plantean una nueva relación de pareja: un planificar activo en vez de un esperar pasivo de la mujer, autorresponsabilidad en vez de dependencia de un hombre (Beck y Beck-Gernsheim, 2003). Pudiendo evitar un embarazo no deseado las mujeres han conseguido un mayor derecho a la autonomía, no sólo sobre su propio cuerpo, sino también sobre su futuro.

²⁵. Si bien desde el abordaje empírico el estudio se centra en heterosexuales, cabe destacar las crecientes posibilidades de elección que brindaron la sanción de la ley de matrimonio igualitario y de identidad de género en nuestro país, esta última “trata de sumar nuevas identificaciones sociales al catálogo de las existentes” (Berkins y Meccia, 2012:6).

²⁶. La cursiva proviene del texto original.

Sobre el matrimonio refieren al “normal caos del amor”: “el amor es placer, confianza, cariño, [...] pero todo lo demás y lo contrario no son menos ciertos: es aburrimiento, rabia, costumbre, traición, destrucción, soledad, terror, desesperación” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:31). Si el matrimonio no funciona el divorcio aparece como otra decisión posible. La familia entonces pasa a constituirse por un matrimonio que puede divorciarse y de una paternidad y maternidad posmatrimonial que suele requerir de regulación jurídica por las innumerables dificultades que implica el consenso entre dos personas con biografías individuales. En el marco de los elevados índices de divorcio y matrimonio los individuos deben decidir quién es su principal padre, principal madre y su abuela y abuelo. Se construyen

[...] relaciones opcionales —paternidad y hogares opcionales— dentro de las familias, relaciones que son muy difíciles de identificar de forma objetiva y empírica porque son cuestión de perspectivas y decisiones subjetivas. Y éstas pueden cambiar entre hombres, mujeres y niños y entre distintas fases vitales (Beck, 2009:179).

Esto significa que cada relación y cada etapa tiene que ser descifrada, negociada, acordada y fundamentada en todos sus detalles del cómo, qué, por qué y por qué no (Beck y Beck-Gernsheim, 2001).

Las decisiones vinculadas a tener hijos (en el contexto de reivindicación a tener “vida propia”) tienen mayor importancia como búsqueda de contenido y significación en la vida (Beck y Beck-Gernsheim, 2003) y los hijos pasan a tener una función de “beneficio psicológico”, con diversas expresiones tales como la esperanza de salvar al matrimonio, que alcance la posición que los padres no tuvieron (sea profesional o social), proyectar en él los deseos propios. Pero la responsabilidad prima sobre el deseo de tener hijos y “por amor al hijo se renuncia a él”, es decir, se produce un movimiento en espiral: “cuantos menos hijos nacen, tanto más valioso se hace cada uno y más derechos se le conceden” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:155).

Si bien el proceso de individualización es más visible en las trayectorias de las mujeres, que fueron las que más modificaron sus pautas de vida, logrando más derechos y autonomía, no es un proceso exento de contradicciones. A estas condiciones que llevan a la individualización se oponen otras que pretenden sujetar a las mujeres a las asignaciones tradicionales: “el derecho al divorcio y la realidad

del divorcio, la falta de seguridades sociales, las puertas cerradas del mercado laboral y la carga casi exclusivamente en la mujer del trabajo familiar caracterizan algunas de las contradicciones que el proceso de individualización ha introducido en el contexto de la vida femenina” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:54).

Algunas de esas cuestiones están vinculadas a desarrollos políticos y prefijaciones institucionales, principalmente a partir de regulaciones sobre matrimonio, paternidad/maternidad, divorcios, dando como resultado “un tipo de subjetividad e individualidad social donde se mezclan, cruzan y fomentan lo privado y lo político” (Beck y Beck-Gernsheim, 2001:68).

En nuestro país, si bien la crisis económica y social que se ha instalado desde comienzos de los años ochenta fue uno de los motores de las transformaciones de la vida en familia, para Wainerman (2005:47) “su telón de fondo fue la revolución de los valores que tuvo lugar desde mediados del siglo XX en el mundo Occidental”. El aumento de las mujeres que entraron al mercado de trabajo en las últimas décadas, que trabajan a tiempo completo, que destinan un tiempo mayor que el de sus cónyuges al trabajo extradoméstico, visibilizan “las modalidades de articulación entre las transformaciones familiares y las del sistema productivo, lo que trae a la escena los vínculos entre el trabajo económico y el no económico, las relaciones de género en el mundo del trabajo y en el mundo de la familia” (Wainerman, 2005:33).

Además, el debilitamiento de las instituciones de provisión de bienestar estatales transfirió al hogar parte de las tareas de cuidado de los miembros dependientes (niños, niñas, adultos mayores, enfermos, personas con capacidades diferentes) (Pautassi y Gamallo, 2012), dejando el problema de la incompatibilidad entre el empleo y las responsabilidades del cuidado y del hogar a ser resuelto por las familias, las redes de parentesco y barriales, y —en los sectores de ingresos más altos— por el mercado (Jelin, 2011).

Una posibilidad de resolución sería a través de soluciones institucionales (ingreso mínimo universal, jardines maternos), pero frente a la ausencia de estas, las únicas soluciones posibles son las privadas y se potencian los conflictos.

Los cuestionamientos a la división sexual del trabajo fueron impulsados por los movimientos de mujeres y los feminismos (Jelin, 1998).

Las mujeres sumaron a su trabajo reproductivo el trabajo productivo, recién en los últimos años los varones han aumentado su participación en las tareas reproductivas del hogar y, “lo que es auspicioso, es que lo han hecho más en los grupos sociales y en el ámbito de las tareas que era más resistentes y resistidas: los sectores bajos y en la esfera de la conyugalidad” (Wainerman, 2005:181). Los hallazgos de López y Findling (2012) coinciden con esta perspectiva, dando cuenta que los varones se sienten libres para expresar sentimientos, aumentan la participación en las tareas de limpieza del hogar y se ocupan más activamente de la crianza de sus hijos.

En un trabajo sobre los patrones de formación familiar Binstock (2008) señala que entre las generaciones más jóvenes hay un cambio de modalidad más que de *timing* tanto en la iniciación de una unión como de la maternidad. Esto es, la edad a la que se inicia la unión (a los 30 años, ya se equiparan las pautas en las distintas generaciones y 9 de cada 10 ya han formado su primera pareja) no se ha modificado tanto como el tipo de relación, siendo antes matrimonial y ahora consensual. Algo similar se observa en la edad en que se tiene el primer hijo, siendo el cambio principal el contexto en el que ocurre, esto es, fuera de un matrimonio y con mayor frecuencia en el marco de una unión consensual o noviazgo. La edad a la que las mujeres son madres por primera vez no se ha modificado sustantivamente, alrededor de 1 de cada 3 mujeres, en cada uno de los grupos generacionales examinados, tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años.

En resumen, las biografías de las mujeres se alejan de los modelos tradicionales mientras que las de los varones presentan más continuidades, no obstante la formación de la familia (y el cuidado) sigue afectando más las carreras laborales de las mujeres que las de los varones. Por lo dicho la conformación de las familias es el resultado

[...] de la intervención de diversas fuerzas e instituciones sociales y políticas: los servicios sociales, la legislación, el accionar de las diversas agencias de control social, pero también las ideas dominantes o hegemónicas en cada época, tales como la cambiante definición del

ámbito de aplicación de la medicina y de la salud/enfermedad, los mecanismos de regulación de las imágenes sociales prevalecientes sobre la familia y la “normalidad”, las ideologías e instituciones educativas, o las definiciones sociales del lugar y objetivo de la filantropía y la caridad públicas (Jelin, 1998:108).

En esta primera parte analizamos, desde la teoría de la sociedad del riesgo global, el cambio que se dio en el pasaje de la sociedad industrial a la sociedad contemporánea en tres esferas. En primer lugar, la relación de la sociedad con la naturaleza y la cultura, describiendo la transición desde la explotación de la naturaleza a la consideración de los riesgos ecológicos que eso produjo y, la modificación de las formas de vida industriales (empleo estable, clase, familia nuclear, distribución genérica de las actividades productivas y reproductivas) a las formas de vida posindustriales (biografías autoconstruidas, incertidumbre laboral, diversidad de configuraciones familiares, igualdad entre los géneros).

En la segunda esfera, relacionada a los peligros generados por la sociedad y los esquemas de protección, pudimos advertir el pasaje de las protecciones colectivas basadas en la condición salarial a la desregulación, flexibilización y desestandarización del mercado laboral y las consecuentes pérdidas de protecciones, ampliadas por la aparición de nuevos riesgos (químicos, genéticos, sanitarios, etc.), que no pueden ser tratados bajo los mismos esquemas de protecciones y, además, son globales.

En relación a la tercera esfera se pasa de la inscripción de los individuos en colectivos (relacionados al empleo, pero también a la clase, a la vecindad, a grupos de referencia) al agotamiento, la disolución y el desencanto de estos y, en consecuencia, la promoción de un modelo biográfico en el cual cada individuo debe afrontar las contingencias de su recorrido, incierto, discontinuo y electivo.

El análisis de los procesos de individualización, de destradicionalización y la constitución ambigua de la sociedad del riesgo “dependiente de la ciencia y crítica

con la ciencia”, permitieron clarificar las características de la sociedad contemporánea.

La familia (entendida cómo la organización de la convivencia, la sexualidad y la procreación) y las relaciones afectivas tampoco estuvieron exentas de estos cambios: se pasa de la familia nuclear, heterosexual y hegemónica con roles delimitados e inamovibles, a una multiplicidad de formas de familia y de convivencia, con relaciones opcionales y revisión constante de las decisiones tomadas. En algunas ocasiones, las exigencias del mercado laboral (que junto al consumo terminan siendo los ejes en la construcción de la existencia de la sociedad del riesgo global) pueden ir en detrimento de las relaciones familiares, amorosas y vecinales (Beck y Beck-Gernsheim, 2001).

El abordaje empírico de la Tesis se centra en las trayectorias no reproductivas, que reflejan las decisiones y las acciones tomadas en relación a la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo, enmarcadas en relaciones (o encuentros) de pareja, afectivas, y familiares. A partir de los conceptos desarrollados y de las experiencias de los entrevistados, en los capítulos de análisis e interpretación de los datos se abordarán los cambios y las continuidades en la no reproducción en relación a los procesos de individualización, destradicionalización y desarrollo técnico en la sociedad del riesgo global: ¿Qué cambios pueden ser analizados desde la construcción de biografías electivas? ¿Qué continuidades se evidencian? ¿El uso de técnicas no reproductivas se ubica en el marco de una nueva (o diferente) medicalización o se trata de mayor autodeterminación? ¿Cómo se percibe, en la construcción autobiográfica, la responsabilización frente a los eventos reproductivos/no reproductivos?

PARTE II

RECORRIDOS CONCEPTUALES

El aborto inducido es un tema de múltiples y polémicas connotaciones. Es un asunto de salud colectiva pero también individual, especialmente donde es ilegal: es un problema moral por la valoración de la vida humana en las primeras etapas embrionarias; es un problema sociológico por su connotación en la vida colectiva; es un problema legal por su relación con la normación social; es un problema demográfico por su efecto sobre la fecundidad y el crecimiento poblacional; es un problema político por las diferencias de su práctica discriminatoria entre grupos económicos y de poder y es, también un problema psicológico por su efecto en la conducta, la emoción y la volición de la mujer y su entorno social. Pero englobando todo lo anterior es un problema de derechos humanos no resuelto.

(Mariano Requena Bichet, en Checa y Rosenberg, 1996:7)

En este estadio de los tiempos, en que la humanidad logró crear los medios para separar la sexualidad de la reproducción, la anticoncepción ya es parte de eso que genéricamente se ha dado en llamar "calidad de vida". Y no hay prurito o razón de Estado alguna, que justifique que el placer sea propiedad solamente de algunas clases sociales.

(Juan José Llovet y Silvina Ramos, 1988:37)

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y ABORTO

Los cambios y las continuidades en las trayectorias son comprendidos a partir de los procesos sociales recientes de individualización, destradicionalización y desarrollo científico-técnico. Particularmente, en la comprensión de las trayectorias no reproductivas contribuyen las perspectivas de género y derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En esta segunda parte se desarrolla el recorrido conceptual de esas nociones, se describe brevemente la perspectiva de género enfatizando en la incorporación de los varones a las investigaciones a partir de los estudios más recientes sobre masculinidades y se indaga la inscripción de la anticoncepción y el aborto en el campo de las ciencias sociales.

Capítulo 1: Salud y derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos se enmarcan en las definiciones de los derechos humanos y la salud reproductiva. El enfoque de derechos humanos constituye el marco general en el cual se construye la noción de derechos sexuales y reproductivos, que reconocen la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva y se define como “[...] un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y protección” (OACDH, 2006:22 en Pautassi, 2010:33).

Por su parte, la salud reproductiva de acuerdo a la definición de la ONU es

[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994).²⁷

²⁷. En 1988 se publica la primera definición de salud reproductiva, cuyo autor es Mahmoud Fathalla, funcionario de la OMS, y supone el cumplimiento de cuatro objetivos: que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse y de regular su fecundidad, que toda mujer pueda gozar de un embarazo

Teniendo en cuenta estas definiciones, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos “[...] a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994). Los derechos sexuales, de más reciente definición y circulación en el debate público, son vinculados a la formulación del concepto de autodeterminación sexual y las luchas políticas contra la discriminación desarrolladas por las comunidades gays y lésbicas (Corrêa, 1997).

La noción de derechos sexuales ha estado íntimamente ligada a la de derechos reproductivos, incluso algunos autores señalan que los primeros están subordinados (Amuchástegui y Rivas, 2004) o formando un “subconjunto” (Miller, 2001) de los segundos, condición que dificulta el acceso a los derechos de personas de diversas identidades sexuales, mujeres en edad no reproductiva, y personas con prácticas sexuales no reproductivas. No obstante, en las últimas décadas los movimientos de diversidad sexual han trabajado para lograr la ubicación de los derechos sexuales en el mismo plano que los reproductivos. Señalando “anudamientos tensos” —acento en la reproducción y sujetos interpelados²⁸— Brown (2007, 2008) los denomina “derechos (no) reproductivos y sexuales”, es decir, derechos reproductivos, derechos no reproductivos y derechos sexuales. Así, la definición “incluye: 1) la seguridad en la reproducción, y los eventos relacionados con ella; 2) anticoncepción y aborto, los aspectos de la opción no reproductiva; 3) el libre ejercicio de la(s) sexualidad(es)” (Brown, 2008:183).

La comunidad internacional jugó un papel importante en la protección de estos derechos, desde mitad del siglo pasado, y con mayor énfasis a partir de los años setenta, cuando se llevaron a cabo una serie de conferencias que asentaron los

y de un parto con total seguridad de salud, que el resultado del embarazo tenga éxito en términos tanto de la sobrevivencia como del bienestar de la madre y del niño, que todas las parejas puedan gozar de relaciones sexuales sin miedo a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad (Gogna et al, 1998:317).

²⁸.Mujeres adultas, heterosexuales, preferentemente con parejas, en edad de procrear (Brown, 2008).

derechos sexuales y reproductivos en sus documentos finales, y contribuyeron a su definición y a posicionar la cuestión en la agenda mundial, además de bregar por su cumplimiento. Es importante destacarlas debido a que durante esas conferencias se organiza y se moviliza uno de los actores más importantes: las mujeres de todo el mundo desarrollan estrategias orientadas a garantizar la inclusión de los propios intereses y derechos en sus programas y plataformas de acción (Petracci, 2007).

Los acuerdos, protocolos y pactos serán recursos importantes a la hora de buscar legitimidad, tanto ante los tomadores de decisiones como frente a la sociedad civil. Además, a partir de estas conferencias también el concepto de género salió de la academia, obtuvo legitimación e ingresó a las agendas políticas (Rostagnol, 1999).

Los derechos sexuales y reproductivos comenzaron a cobrar relevancia, a difundirse y las organizaciones intercambiaron experiencias y estrategias. Los documentos elaborados fueron un recurso importante a la hora de demandar ante las autoridades estatales el cumplimiento de los derechos y su inclusión en las legislaciones nacionales. Su aplicación en el marco del contacto entre las mujeres y los servicios de salud implicaría garantizar el derecho a recibir un trato cordial y respetuoso, ser atendidas en lugares adecuados y cómodos, recibir atención y cuidados sin discriminación de ningún tipo, respeto por su cuerpo, su intimidad, su historia personal, su tiempo, sus decisiones e información en lenguaje sencillo y claro que responda a sus necesidades y dudas (UNICEF, 2002).

Si bien la visibilización y la difusión se logra en gran parte con el desarrollo de esas conferencias y documentos, las bases ideológicas de estas definiciones se encuentran en los conceptos de integridad corporal²⁹ y autodeterminación sexual característicos del feminismo de la segunda ola (Corrêa y Petchesky, 1996); ya que la idea de que las mujeres “deben contar con la capacidad de decidir cuándo y cómo tener hijos/as y si quieren hacerlo, se originó alrededor de 1830, en círculos feministas y socialistas en Inglaterra” (GIRE, 1994:8).

²⁹. La integridad corporal no es un derecho individual sino social, sin él las mujeres no pueden actuar como miembros plenos de su comunidad. Afirmar que la mujer tiene derechos sobre su cuerpo, no significa que los cuerpos sean meras cosas, separadas y aisladas de la sociedad, sino que se está afirmando que el cuerpo es una parte integral cuya salud y bienestar –incluyendo placer sexual– es un fundamento necesario para una participación activa en la vida social. Sin embargo, aunque sean sociales, los derechos reproductivos y sexuales también son personales (GIRE, 1994:10-11).

El feminismo hace otros dos aportes a la temática de la salud reproductiva: vincularla con los derechos humanos y construir la categoría de derechos reproductivos; e incluir la sexualidad como dimensión ligada a la plenitud y la salud humanas (Gogna et al, 1998).³⁰

Pero el reconocimiento normativo de los derechos sexuales y reproductivos no alcanza para el desarrollo de la ciudadanía, sino que se requiere de la materialización práctica de éstos (Pautassi, 2002), y en ese plano se pueden observar algunos retrocesos. El ejercicio de esos derechos requiere la presencia de factores materiales e infraestructura como, por ejemplo, una red de servicios de salud accesibles, equipados y humanizados, vivienda y trabajo dignos, y de factores culturales, tales como respeto, consentimiento y responsabilidad compartida entre mujeres y varones respecto del comportamiento sexual y la crianza de los hijos (Correa y Petchesky, 1994 en Gogna et al, 1998).

Jelin (1998:114) agrega que el control sobre el propio cuerpo por parte de las mujeres “implica el doble imperativo de que los otros (los hombres) no se consideren dueños de esos cuerpos y de que las mujeres tengan poder para resistir la coacción o la imposición por parte de esos otros”.

Otra noción importante en esta temática es la de apropiación subjetiva de derechos, es decir, que los sujetos se autoconstituyan como sujetos de y con derechos: un sujeto de derecho será aquel que manifieste en su discurso que en tanto ser humano posee determinados derechos que se le deben reconocer; y un sujeto con derechos será aquel que incluya en sus prácticas cotidianas el disfrute o el ejercicio de un derecho; como también que reclame ante la instancia correspondiente poner fin, de existir impedimentos, para ejercer lo que cree que es un derecho (Amuchástegui y Rivas, 2004; Jelin, 1996; Brown, 2008, Straw y Mattioli, 2013).

³⁰. Para profundizar en el recorrido histórico-conceptual de la construcción del concepto de derechos sexuales y reproductivos, y la descripción del proceso por el cual el reconocimiento de estos derechos llega a la legislación argentina véase Lubertino, 1996; Birgin, 1996; Brown, 2008; Petracci y Pecheny, 2007; Chiarotti, 2006.

Pecheny (2009, 2013) señala dos situaciones que podrían ser consideradas obstáculos, tanto para el ejercicio de los derechos como para su apropiación subjetiva. Por un lado, que la construcción de la agenda de política sexual se basó en el presupuesto de la existencia de víctimas sexuales (víctimas de un virus, de embarazos no buscados, de violencia, de desigualdades sociales y de género), más que de sujetos sexuales. Por otro, la construcción conflictiva de las cuestiones sexo-políticas como técnicas, que terminan por dessexualizarlas y despolitizarlas. Aparecen dessexualizadas cuando el carácter sexual de una cuestión es silenciado, sea por los tomadores de decisión como por los mismos militantes (Pecheny, 2009); mientras que la despolitización implica “la sustracción de un conflicto social de su inserción en el marco de condiciones estructurales de vulnerabilidad y desigualdad y en procesos históricos, reduciéndolo a una cuestión individual y resoluble técnicamente” (Pecheny, 2013:24).

El punto es que la anticoncepción y el aborto (al igual que el VIH/sida y otras temáticas afines) son cuestiones políticas de salud, que cruzan cuestiones de derechos humanos, género y sexualidad, y reducirlas a una cuestión de salud, aislada de las otras dimensiones, “las sustrae de la estructura social de desigualdad (de clase, género) y de la historicidad que las explica y en las que es pertinente actuar si se piensa en políticas públicas más allá de la “ingeniería social fragmentaria”” (Pecheny, 2009:8). En los hechos, la despolitización puede tomar diversas formas: la victimización (presupone que los individuos y grupos merecen ser escuchados en sus reclamos sólo como víctimas de injusticias); la medicalización (como se señalara anteriormente supone que los problemas sociales se construyen y resuelven objetivamente por la intervención de los médicos y el sistema médico); y la judicialización (los reclamos son llevados en casos individuales, dando cuenta que las injusticias deberían resolverse en términos de reparaciones individuales)³¹, mecanismos que permitieron avances en derechos sexuales, pero al precio de la fragmentación y competencia entre grupos (Pecheny, 2009), y el no reconocimiento de los individuos como sujetos de derechos.

³¹. Si se acota la definición de judicialización de la salud a la praxis de ir a los tribunales a demandar acceso a la salud, este es un fenómeno que cobra fuerza a partir de la reforma de la Constitución en 1994; no obstante, la judicialización de la mala praxis es un fenómeno bastante antiguo (Bergallo, 2012). Sobre la judicialización de los derechos sexuales y reproductivos véase Casas, 2008 y Bergallo, 2010a.

El ejercicio de estos derechos y las oportunidades de vida que los permiten están atravesados por la perspectiva de género que se analizará en el siguiente capítulo.

Capítulo 2: Notas sobre la perspectiva de género y las masculinidades

El género como categoría de análisis “es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1990:44). Es un concepto interactivo y transversal; interactivo en la medida que las actividades de uno de los géneros se definen y se analizan con respecto a las actividades de otro, y transversal dado que atraviesa todas las esferas (Marques-Pereira, 1997). Además, resulta imposible desligarlo de las intersecciones políticas y culturales en que se produce y mantiene, “como un fenómeno variable y contextual, el género no denota a un ser sustantivo, sino a un punto de convergencia relativo entre series de relaciones culturales e históricas específicas” (Butler, 2001:43).

Rubin (1986:97) propone hablar de sistema de sexo/género, entendido como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”. El género organiza las formas de interrelación e interacción entre los hombres y las mujeres en los distintos ámbitos de vida que exceden a la pareja, la familia y los espacios íntimos (Rivas y Amuchástegui, 1998).

Los principios de visión y división de los cuerpos sexuados son el producto de una dominación masculina desde la cual estos principios son elaborados en sistemas de oposición falocéntricos en los que lo masculino es asociado a lo positivo, lo activo, lo alto, y lo femenino a lo negativo —o a la ausencia—, a lo pasivo y a lo bajo. Relacionados a las mujeres surgen sentidos tales como el rol de reproducción, la pasividad, lo privado, lo emotivo, y relacionado a lo masculino, sentidos vinculados con el rol de producción, la actividad, lo público y lo racional (Bourdieu, 2000).

Inicialmente, los estudios de las mujeres han tenido como objeto hacer visible lo que se mostraba invisible para la sociedad, permitiendo “desocultar el recinto en el que las mujeres habían sido social y subjetivamente colocadas; desmontar la pretendida “naturalización” de la división socio-sexual del trabajo; revisar su exclusión en lo público y su sujeción en lo privado” (Bellucci, 1992:47). Recién a finales del siglo XX surge el interés en el género como categoría analítica, en tanto concepto relacional que refiere a las características y a las oportunidades económicas, sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular, en un determinado momento histórico.³²

Durante la última década del siglo XX surge un nuevo debate al interior del feminismo en torno a la noción de género, así como sus relaciones con la sexualidad, promovido por activistas y universitarios, bajo el nombre de teoría queer, que reprocha a los movimientos precedentes feministas, lésbicos y gays, haberse centrado en la cuestión de las identidades colectivas constituidas sin cuestionar las categorías de oposición binaria: hombres/mujeres, homosexuales/heterosexuales (Viveros, 2008). Las corrientes teóricas posmodernas y posestructuralistas sustentan esta perspectiva (Foucault, 2009; Butler, 2010).

El desarrollo de los estudios de género, según Bellucci (1992:50) “alumbrarán una construcción de sentido para ambos sexos que proporcionará nuevas perspectivas a viejos problemas, los redefinirá en términos nuevos y hará visibles a las mujeres no sólo por ser mujeres sino también por ser sujetos con historia dentro de una historia más amplia y total que contiene y comprende a la experiencia humana”.

Como en otros ámbitos, las contribuciones feministas en materia de reproducción no han sido homogéneas. Según Bergallo (2010) la clásica tarea feminista de denuncia y explicación ha sido acompañada por un importante proceso de teorización sobre la dimensión reproductiva de la justicia que ha llevado a reconcebir valores como la

³². “Las historiadoras feministas han empleado diversos enfoques para el análisis de género, pero pueden reducirse a una elección entre tres posiciones teóricas. La primera, esfuerzo completamente feminista, intenta explicar los orígenes del patriarcado. La segunda se centra en la tradición marxista y busca en ella un compromiso con las críticas feministas. La tercera, compartida fundamentalmente por posestructuralistas franceses y teóricos angloamericanos de las relaciones-objeto, se basa en esas distintas escuelas del psicoanálisis para explicar la producción y reproducción de la identidad de género del sujeto” (Scott, 1990).

libertad, la igualdad y la dignidad, y sus implicancias en la materia. Ese proceso se ha movido entre la reivindicación de la autodeterminación reproductiva y un ideal más amplio de igualdad que se denomina “justicia reproductiva” (Bergallo, 2010:8), e incorpora al mismo tiempo las dimensiones del reconocimiento y la redistribución de recursos al plantear la centralidad de las condiciones materiales para el goce de los derechos reproductivos.

La incorporación del lenguaje de género no provoca por sí misma el reconocimiento de la autonomía de cada persona, ni el cumplimiento de obligaciones estatales en ese campo (Pautassi y Gamallo, 2012). La condición social de las mujeres, producto de la confluencia de la pertenencia de clase y la subordinación y discriminación de las que son objeto, determinan las probabilidades de enfermar y morir a causa de los episodios reproductivos (Gogna et al, 1998). Además el ciclo de vida fértil de las mujeres da un nuevo significado a las diferencias biológicas ya que introduce causas de morbilidad específicas, y hay costos o externalidades negativas de la maternidad, o su potencialidad: para las mujeres los seguros de salud pueden ser más costosos, la contratación laboral más inestable y discriminatoria, y la inequidad en los salarios se basa muchas veces en argumentos relacionados con la maternidad (Casas, 2008:369). Otros estudios reseñan las desventajas que ocasiona la sobrecarga de tareas en mujeres de distintos estratos sociales que son madres y que trabajan fuera del hogar (Ponce, 2012).

Greene y Biddlecom (1997, en Figueroa, 1998:168) consideran que en la investigación social hay que acercarse a los varones como algo más que las parejas de las mujeres, como individuos con historias reproductivas distintas e interesantes en sí. Siguiendo estas consideraciones y al haber incorporado varones como objeto de estudio de la Tesis, se describen algunas nociones de los estudios de masculinidades.

De la misma manera que el concepto de género, la masculinidad no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones (Olavarría, 2004:287). La masculinidad sería entonces “un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una

cultura determinada” (Keijzer, 2003:138), y en consecuencia, se refiere a masculinidades, plurales y diversas.

A mediados de los años ´90 surgen en nuestro país las primeras investigaciones sobre comportamiento reproductivo y sexualidad que centran la atención en los varones (Gogna, 2005).³³ En ese auge el interés estuvo en “develar las múltiples identidades masculinas, por las prácticas de los varones en las relaciones de género y por los efectos de esas prácticas en la salud reproductiva de las mujeres y en la violencia doméstica” (Jelin, 1998:118).

Diversos autores dan cuenta de la construcción social de una masculinidad hegemónica que no sólo oprime a las mujeres sino que también subordina a otras masculinidades no hegemónicas (Kaufman, 1997; Kimmel, 1998; Viveros Vigoya, 1997), como varones pobres, negros, homosexuales y transgénero que son objeto de violencia por parte del patriarcado (Maffía, 2008). En este sentido Kaufman (1997) considera que las emociones y necesidades en los varones no desaparecen, sino que ellos mismos las frenan, las ocultan, las silencian, porque podrían poner en cuestionamiento el poder, el control y el dominio sobre los y las que los rodean.

Ramírez Rodríguez (2008) analiza tres ejes temáticos en los estudios sobre varones. Un eje estructural duro, que agrupa los elementos trabajo (identitario en la masculinidad), economía, violencia, identidad y raza. Un eje estructural suave que incluye los elementos de la práctica de la masculinidad más asequibles a la transformación, que incluyen la paternidad, la salud sexual y reproductiva, y la vulnerabilidad, entendiendo aquellas situaciones que aportan a una menor esperanza de vida, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, y la sobrecarga de trabajo fundamentada en la identidad del varón relacionada al trabajo/sostén. Y, por último, un eje de cambio, circunscripto a la identificación de dispositivos de intervención para la transformación, como la promoción de modelos alternativos de

³³. Algunas líneas de trabajo de los estudios sobre masculinidades son identidades masculinas, salud sexual y reproductiva, paternidades, y varones jóvenes (Olavarría, 2000; Viveros Vigoya et al, 2001). Las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva están asociadas a la intervención y formulación de políticas públicas y tienen su origen en el Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, que buscan involucrar a los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en la prevención de la violencia doméstica.

masculinidad, las intervenciones para atender problemas específicos y la adopción de políticas de equidad de género.

Entre otros aportes de estudios sobre varones en el ámbito local, se destacan las investigaciones de Infesta Domínguez (1996/2005); Manzelli (2005); López y Pantelides (2005); Villa (1998/2001); Petracci (2011b).

En resumen, los varones están viviendo una transformación en su experiencia reproductiva, pero a pesar de romper con algunos patrones de conducta considerados típicamente masculinos, se siguen reproduciendo estereotipos que diferencian a los varones de las mujeres (Colín Paz, 2008).

Capítulo 3: Notas sobre anticoncepción

La aparición de la píldora anticonceptiva se consideró revolucionaria dado que fue el primer método que podían controlar las mujeres y que no interfería en el acto sexual. La salida al mercado se produjo en un clima de debate sobre relaciones de género, derechos reproductivos, modelos familiares y sexuales, y las pastillas fueron consideradas tanto un arma del imperialismo para el control demográfico, como un símbolo de la liberación femenina (Felitti, 2012)

Algunas tensiones referidas a la píldora fueron expuestas por grupos de feministas negras, lesbianas, de países del Tercer Mundo, quienes argumentaban que la revolución sexual y la reivindicación de la píldora era algo de las feministas blancas de clase media, y que para que una feminista de Estados Unidos haya tomado la píldora con tranquilidad, antes otra mujer había tenido que hacerlo en la fase de experimentación (Felitti, 2013). En esa época, la revolución ocasionada por la píldora fue más simbólica, por los debates que generó, que por el número de usuarias, dado que por los efectos secundarios que generaban muchas mujeres dejaron de tomarlas, prefiriendo otros métodos menos invasivos, como el diafragma.

Gordon (2010:28) describe tres etapas que se sucedieron en los últimos cien años en la ideología sexual de las feministas, y cómo cada una de ellas afectó la lucha a

favor de la libertad reproductiva. En primer lugar, desde mediados del siglo XIX hasta la década de 1890, las feministas del movimiento sufragista adhirieron a un ideal sexual al que llama “domesticidad”, señalando que creían que la actividad sexual pertenecía sólo al ámbito del matrimonio y desconfiaban de su importancia en la vida de las mujeres.

En la segunda etapa, durante el período cercano a la Primera Guerra Mundial, un nuevo grupo de feministas, rechazaron estas actitudes y asociaron los intereses de las mujeres con la liberación sexual, aprobaron la actividad sexual por fuera del matrimonio y enfatizaron la importancia del placer sexual.

Por último, durante la década de 1970, las feministas contemporáneas han criticado las posiciones anteriores, al analizar la naturaleza de las relaciones sexuales y sugerir que la supremacía masculina ha distorsionado nuestras normas de comportamiento sexual, posibilitando reflexionar acerca de los requerimientos del placer sexual de las mujeres.

En ese recorrido histórico la anticoncepción jamás ha sido obliterada, siempre existió el control de la natalidad. Cuando se la prohibía —y podríamos agregar cuando aún se la prohíbe—, se reduce la seguridad de las técnicas utilizadas, ya que la ignorancia, la vergüenza o el temor limitan la confianza y la libertad en el cuidado anticonceptivo (Gordon, 2010).

En la tercera parte, dedicada al recorrido contextual de la anticoncepción y el aborto en nuestro país se analizarán, en perspectiva histórica, los desarrollos normativos y programáticos; a continuación se pretende aportar un breve estado del arte de la investigación desde las ciencias sociales.

Un eje de investigación son las barreras al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Gogna y Ramos, 1996; Maffía, 2001; Cáceres et al, 2006; Pecheny et al, 2010; Romero, 2011). En esta línea, Casas (2008) señala que históricamente la preocupación por la salud reproductiva de las mujeres ha sido presentada con discursos revestidos por la beneficencia, para fines de políticas poblacionales o de protección a la salud pero que ellas fueron privadas de la autonomía de elegir por sí

mismas. Como ejemplo resalta que los métodos anticonceptivos ingresaron a los servicios de salud en América latina y el Caribe sin estar consagrado un marco normativo, lo que pudo haber dado lugar a la noción de un Estado que hace beneficencia, en lugar de un Estado que garantiza la posibilidad de decidir.

Cabe destacar que el surgimiento de la epidemia de VIH/sida marcó un hito no sólo en el cuidado anticonceptivo (tanto en los métodos como en los hábitos), sino que también incentivó la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales (Gogna et al, 1997; Petracci, 1994; Kornblit y Mendes Diz, 1996; Kornblit, 2004; Bianco et al, 1998; Donadio, 2008; Grimberg, 2009; Gogna, 2013).

Investigaciones sobre inicio sexual, conocimiento y utilización de MAC, y prácticas sexuales han sido desarrolladas desde diversas perspectivas teóricas y metodológicas (López y Findling, 1996; Palma, 1998; Ramos et al, 2001; Checa, 2006; Pecheny et al, 2010; Gutiérrez, 2004; Szulik et al, 2008). Estudios sobre adolescentes han indagado la utilización y conocimiento de MAC en esa subpoblación (Pantelides, 1996; Weller, 2000; Manzelli y Pantelides, 2007).

Checa y Rosenberg (1996) señalaban hace años que los fracasos en la anticoncepción suelen ser interpretados como déficit de información o de poder en la negociación sexual; pero también el conflicto entre el mandato de tener hijos y el deseo de no tenerlos o el conflicto inverso, entre el deseo de tener hijos y el mandato social de tenerlos según pautas ideales que muchas mujeres no pueden satisfacer, forma parte de los disciplinamientos sociales que se ejercen sobre la capacidad reproductiva femenina.

Retoman los principios enunciados por Maturana, quien afirma que los pilares de cualquier conducta responsable son el conocimiento, la reflexión sobre las implicancias de dicho conocimiento para la propia vida, y el diseño de una acción posible para hacer efectivas las decisiones tomadas en función de los anteriores. Para el caso de la salud reproductiva: educación sexual, la reflexión informada, compartida y consensuada con la pareja sobre las decisiones reproductivas, y el acceso a la anticoncepción segura (Checa y Rosenberg, 1996). Las leyes de Educación Sexual Integral y de Salud Sexual y Procreación Responsable

contribuirían a la consolidación de estos pilares. No obstante, la dificultosa implementación de ambas leyes y las escasas articulaciones para generar espacios de reflexión informada con las parejas sobre las decisiones reproductivas dan cuenta que aún estas decisiones no pueden ser tomadas en igualdad de condiciones por todas las mujeres.³⁴

El desarrollo científico-técnico analizado en la primera parte de esta Tesis, ha posibilitado en materia de anticoncepción la mejora de una serie de métodos anticonceptivos con diversos criterios de elegibilidad y funcionamiento. Entre los desarrollos de las últimas décadas se pueden mencionar las transiciones de altas dosis a bajas dosis en anticonceptivos orales combinados y de DIUs de cobre a DIUs liberadores de levonorgestrel; se introdujeron además anticonceptivos inyectables combinados, el parche, el anillo vaginal, los implantes y la anticoncepción de emergencia (OMS, 2005).

Cabe destacar otro desarrollo técnico del siglo XX, que si bien no se refiere a anticoncepción, modificó el ejercicio de la sexualidad: el sildenafil (conocido por su nombre comercial, viagra).³⁵ Aunque son escasas las investigaciones desde las ciencias sociales sobre su uso, diversas encuestas dan cuenta del aumento del “uso recreativo” de este fármaco, tomado sin indicación médica, sólo para experimentar o para contrarrestar el efecto de otras sustancias, legales o ilegales (Mendes Diz et al, 2011; Román, 2013).

Capítulo 4: Notas sobre aborto

El aborto ha sido abordado desde múltiples enfoques: aspectos jurídicos (Faúndes y Barzelatto, 2005; Bergallo, 2007/2010); cuestiones subjetivas y toma de decisión (Rosenberg, 2002; Pecheny, 2005; Ouvinha Peres y Heilborn, 2002; Chaneton y Vacarezza, 2011); aspectos relacionados a las instituciones de salud (Zamberlin,

³⁴. Por ejemplo, sobre ligadura tubaria, Gianni y Zamberlin (2011) señalan que la mirada biomédica de los profesionales de la salud construye una tipología de mujeres “candidatas a la ligadura” que legítimamente pueden demandarla y acceder, generalmente son multíparas, que acreditan un número significativo de cesáreas, o con alguna enfermedad de base o hereditaria.

³⁵. Fármaco utilizado para tratar las disfunciones eréctiles.

2005; Checa et al, 2006), reflexiones desde la bioética (Luna y Salles, 1995; Luna, 2011); la filosofía (Klein, 2005); la opinión pública (Petracci, 2004/2011); la religión (Faúndes y Barzelatto, 2005; Hurst, 2004) y cuestiones políticas y programáticas (Petracci, 2004/2011; Petracci y Ramos, 2006; Petracci y Pecheny, 2007).

Petracci (2011:51) señala que en nuestro país “las discusiones públicas sobre aborto han tenido un carácter discontinuo y fueron expuestas a través de posiciones presentadas como irreconciliables”.

También ingresó como temática en las conferencias internacionales, en tanto reconocieron que el aborto inseguro constituye uno de los principales problemas de salud pública.

Klein (2013) argumenta que en las últimas décadas, la cuestión del aborto cambió de régimen: si antes se discutía junto con anticonceptivos y planificación familiar, ahora es junto con eutanasia y fertilización, en el campo de la bioética; esto es, se corrió el tema al ámbito de los derechos humanos y la defensa de la vida. En este sentido agrega Diniz (2008:4) que “el equívoco es que el debate sobre el aborto fue desplazado del campo de las libertades básicas hacia una disputa simbólica sobre el inicio de la vida”. Ese debate se ha polarizado, “oponiendo de manera dramática dos tradiciones morales importantes: la de respeto por la vida y la de respeto por la autonomía y bienestar de la persona” (Luna y Salles, 1995:163).

Los múltiples ejes de abordaje mencionados conforman un profuso estado del arte sobre la temática. Desde las experiencias de las mujeres (Ramos y Viladrich, 1993; Llovet y Ramos, 2001; Ramos et al, 2004; Checa et al, 2006; Petracci et al, 2012), que fueron uno de los ejes centrales en la producción académica hasta hace unos años, cuando los varones comenzaron a ser incluidos en las investigaciones (Wegner et al, 1998; Figueroa Perea y Olguín, 2000; Petracci, 2011b, 2011c).

Chaneton y Vacarezza (2011:55) refieren a los insondables motivos que se juegan en el encuentro sexual y la concepción, argumentando que “sea por ambivalencia del deseo, contingencia de la pasión, debido a la ausencia de información para prevenirlo, fallas de los materiales o actos fallidos, ocurre todo el tiempo que mujeres

de todos los sectores quedan embarazadas y no aceptan su nuevo estatuto ni sus implicancias”.

Una causa de embarazos no deseados es el hecho de que muchas mujeres son incapaces de controlar el momento y las condiciones de una relación sexual, “aun cuando sean educadas y gocen de independencia económica” (Faúndes y Barzelatto, 2005:77). Por lo tanto, el patrón predominante de desequilibrio de poder entre los géneros es otro factor que mantiene la alta incidencia del aborto inducido, “con prescindencia del conocimiento de las mujeres y su acceso a métodos anticonceptivos” (Faúndes y Barzelatto, 2005:87).

Desde la perspectiva de los servicios de salud también se desarrollaron numerosas investigaciones (Ramos y Viladrich, 1993; Checa y Rosenberg, 1996; Ramos et al, 2001; Zamberlin, 2005/2007). Sobre el aborto no punible específicamente, Ramon Michel (2010) señala las barreras que dificultan el acceso distinguiendo cuatro ámbitos: el social individual (condiciones socioeconómicas, posibilidad de acudir a los servicios de salud), el sistema de salud (decisiones, comportamientos, acciones y omisiones de los actores sanitarios), el estatal regulatorio (decisiones institucionales de los actores con responsabilidad en la regulación del aborto no punible) y el ámbito judicial. Esas barreras afectan a las mujeres dilatando la posibilidad de acceder a un aborto seguro, perjudicando principalmente a las mujeres pobres que no pueden costear la práctica en el ámbito privado.

Zamberlin (2005) realizó una evaluación de la calidad de la atención de las mujeres con abortos incompletos en el servicio de Obstetricia del Hospital Álvarez, retomando la línea de estudios sobre profesionales que señalan que el proceso asistencial de las mujeres con complicaciones de un aborto debe sortear los obstáculos del “clima ideológico” de la institución hospitalaria. En éstas, diversos factores permiten construir el diagnóstico de aborto provocado: síntomas orgánicos (fiebre, hemorragia); huellas corporales (marcas de sonda u objeto, restos de pastillas); “background”³⁶ positivo o negativo (modelo de paciente); confesión (máxima prueba de un aborto provocado) (Ramos y Viladrich, 1993).

³⁶. El “background” positivo (en tanto construcción teórica que describe un tipo ideal de paciente) se construye sobre la base de las siguientes dimensiones: presentación de sí (buena presencia, buen

En las investigaciones de los últimos años se comenzó a incluir el uso del misoprostol³⁷ para la interrupción del embarazo. Vázquez et al (2006) señalan que es escasa la bibliografía nacional al respecto y que la bibliografía extranjera consultada proviene de países en los que está legalizado el aborto y por lo tanto la indicación de misoprostol se hace con la dosis adecuada y bajo control médico. En un estudio con adolescentes, dan cuenta que arribaron al conocimiento de la existencia de la droga por su entorno afectivo y la farmacia luego se convierte no sólo en el lugar de compra sino en el de asesoramiento sobre cómo usarla. La mayoría de las entrevistadas conocen los métodos tradicionales para realizarse un aborto y señalan que el misoprostol es menos cruento y más económico que las intervenciones con profesionales.

En Uruguay, Rostagnol et al (2011) analizaron la experiencia del aborto medicamentoso y el quirúrgico en relación a tres ítems: la vivencia corporal de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo; el involucramiento de la pareja en el evento; y los cambios en el “secreto” respecto a su práctica en la medida en que participan otros vínculos afectivos de la mujer como amigos/as y familia. Entre los hallazgos señalan que se percibe una mayor apropiación del cuerpo entre las mujeres que se realizan el aborto con misoprostol, y que la posibilidad de participación activa de la pareja en el proceso también es vista de manera positiva. Sin embargo, algunas observan ciertos inconvenientes que no están presentes en el aborto quirúrgico. Agrega un punto interesante en la distinción, la relación de las mujeres con el producto de la concepción durante el proceso del aborto es diferente según se trate de un aborto medicamentoso o quirúrgico. En el último caso, la mujer no tiene noticia del cuerpo extraído, a menos que explícitamente solicite verlo (no es lo habitual ya que en la mayoría de los casos están anestesiadas y al despertar por lo general lo que más les preocupa es que no hayan quedado lesiones). Sucede lo

vocabulario, pulcritud y detalles en el cuidado personal, amabilidad en el trato y actitud de agradecimiento hacia la tarea médica); presencia y apoyo de familiares (contención afectiva y social que actúa moderando en el vínculo médico-mujer); historia personal aceptable (núcleo familiar constituido y estable, inserción laboral) (Ramos y Viladrich, 1993).

³⁷. Esta droga es una prostaglandina utilizada en gastroenterología y traumatología disponible en más de ochenta países. Por su capacidad para provocar contracciones uterinas comenzó a utilizarse en una variedad de indicaciones en ginecología y obstetricia que incluyen, entre otras, la inducción del trabajo de parto, la maduración cervical, el aborto en el primer trimestre, el tratamiento de la hemorragia posparto, la evacuación de huevo muerto y retenido.

contrario cuando se trata de un aborto mediante el uso de misoprostol, ya que la mujer expulsa el producto como resultado de las contracciones.

Zamberlin et al (2012) realizaron una revisión bibliográfica sobre las experiencias de las mujeres con el aborto medicamentoso en países latinoamericanos y entre los hallazgos señalan que se valora la seguridad, la efectividad, la privacidad que ofrece y la posibilidad de tener cerca una persona de confianza durante el procedimiento. Entre las desventajas mencionaron que lleva tiempo para completar la interrupción y es doloroso, y la posibilidad de que no sea efectivo y deban solicitar atención médica. Tener información correcta sobre cómo usar y qué esperar de un aborto medicamentoso (dosis, administración, efectividad, contraindicaciones y efectos adversos) es crucial para determinar los resultados del proceso y la experiencia de la mujer. Las mujeres que tienen supervisión médica o que reciben información certera y saben qué esperar en cuanto al sangrado, el dolor y los efectos adversos, tienen experiencias más positivas (menor ansiedad y temor); mientras que aquellas que atraviesan el proceso sin consejería o supervisión tienen experiencias emocionales agotadoras, marcadas por el miedo, la ansiedad y la preocupación.

Klein aporta otra reflexión sobre la temática, señalando que en muchos casos la diferencia entre la cantidad de personas que se ha realizado o ha participado en un aborto y las que apoyan su legalización se interpreta como hipocresía; y sin embargo “esa distancia se debe a que cada cual considera su propio caso como excepcional mientras mantiene para el resto la regla general” (Klein, 2005:16).

Los desarrollos científico- técnicos están presentes en varios aspectos. Por un lado, el aborto medicamentoso facilita el procedimiento de la interrupción, permite que la mujer lo pueda realizar sola, y para el médico es más fácil aceptar y aprobar la decisión de la mujer cuando no debe intervenir directamente en la acción que es su consecuencia como la dilatación y raspado (Faúndes y Barzelatto, 2005). En este sentido, agrega Gogna (2011) la hipótesis de que el uso del misoprostol para inducir un aborto tiene otro efecto secundario positivo que es el de facilitar el trabajo de sensibilización con los profesionales respecto de las necesidades y los derechos de las mujeres.

Por otro lado, estos desarrollos se evidencian en las tecnologías relacionadas con las imágenes: “la “visibilidad” del embrión gracias a tecnologías del ultrasonido han modificado su valor subjetivo para la madre, el médico, la familia y la sociedad” (Faúndes y Barzelatto, 2005:100). Y, por último, los estudios de ADN, dado que permiten determinar con precisión la paternidad, ya que siguiendo a Faúndes y Barzelatto (2005:184) que citan a Bethania Avila, una dirigente feminista brasileña: “Los hombres abortan con la boca. Les basta decir: ¡No es mío!”. El desarrollo de estos estudios, que si bien tienen altos costos y amplios plazos, posibilita el reconocimiento de la paternidad.

Finalizando este capítulo, resta considerar que la anticoncepción y el aborto no sólo se diferencian por implicar conductas preventivas o post-fácticas respectivamente, sino también por los costos y beneficios que supone el uso de uno u otro método de regulación de la fecundidad (Llovet y Ramos, 1988). Según David (1983 citado en Llovet y Ramos, 1988:23), “la anticoncepción requiere un considerable esfuerzo y una permanente vigilancia, con una recompensa a largo plazo que se percibe solamente como la ausencia de un evento”. Por el contrario, el aborto requiere “un exiguo esfuerzo previo de aprendizaje; además, el atraso de un período y la ansiedad en torno a un embarazo no querido son en general motivaciones suficientes”. Agrega que, a diferencia de la mayoría de los anticonceptivos, el aborto es 100% eficaz, se realiza en una única acción y constituye una operación independiente del coito basada en la certeza antes que en la probabilidad.

En esta parte nos aproximamos conceptualmente a los derechos sexuales y reproductivos, enfatizando en la perspectiva de género en tanto concepto interactivo y transversal que permite avanzar en la comprensión de las relaciones entre mujeres y varones, pero que requiere materializarse en políticas, medidas y actos concretos.

Esta perspectiva, relacional, permite comprender los valores, funciones y conductas que se suponen corresponden a las mujeres y a los varones en una determinada cultura. A partir de la noción de masculinidades enfatizamos en los posibles efectos

de esas pautas de comportamiento, no sólo sobre las mujeres, sino también sobre los varones en tanto subordinación de masculinidades no hegemónicas y porque están atravesados por las presiones y mandatos que suponen el “ser varón”.

Luego describimos algunas investigaciones sobre anticoncepción y aborto en el campo de las ciencias sociales, destacando los avances científico-tecnológicos.

El descubrimiento de la píldora anticonceptiva y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo dieron inicio al proceso de transformación que permitió independizar a las mujeres del rol de madre y de la dedicación exclusiva al trabajo doméstico (Jelin, 1998). En parte, los avances científicos y tecnológicos de estas últimas décadas en la no reproducción humana consolidaron estas transformaciones; y los procesos políticos y legislativos, los movimientos feministas, de diversidad sexual y de la sociedad civil en la temática a nivel internacional y local, las permitieron, impulsaron y consolidaron.

PARTE III

RECORRIDOS CONTEXTUALES

“[...] acciones políticas y comunicacionales sacaron al aborto de los márgenes de la discusión pública y propiciaron la participación de diversas voces (decisores, profesionales de la salud, cientistas sociales, periodistas, juristas y abogados, organizaciones sociales) a través de opiniones, evidencias y argumentos sobre los puntos clave del debate político actual en el país, especialmente la relación del aborto no punible, la legislación y la política pública”.

(Mónica Petracci, 2011:53)

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

A partir de finales del siglo XIX se desarrolló en nuestro país una transición demográfica temprana caracterizada por el descenso precoz de la fecundidad, previa a la introducción y el acceso a la píldora anticonceptiva (Torrado, 1993). No obstante, no fue homogéneo en todo el país ni en todos los sectores sociales; manteniéndose una mayor fecundidad de las mujeres más pobres y de las que residían en provincias de menor desarrollo relativo (López y Findling, 2012).

Posteriormente, se desarrolla la segunda transición demográfica, caracterizada por el “retraso y descenso en la intensidad de la nupcialidad, en la edad de tener descendencia e, incluso, la decisión de no tenerla, el incremento de las separaciones y los divorcios, y la adición, en consecuencia, de nuevas formas familiares a la familia nuclear moderna” (Rodríguez Jaume, 2011:83). Todos comportamientos manifiestos de los cambios latentes más profundos (Torrado, 2012) —mayor autonomía percibida por los individuos, modificación de los roles de género, uniones conyugales inestables— analizados en los recorridos teóricos.

Los cambios en la reproducción de mujeres y varones se enmarcan en esas transiciones. Para comprender su intensidad se describe, en el primer capítulo, la variación de la fecundidad en América latina y en Argentina y se detallan cifras sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC) y la magnitud del aborto inducido en nuestro país, en tanto formas de control o regulación de la reproducción. A continuación, y dado que se pretende una aproximación al contexto que condicionó y condiciona las trayectorias no reproductivas, se consideran los recorridos normativos y programáticos de la anticoncepción y del aborto en la Argentina en general, y en el ámbito del AMBA en particular; y el papel de los diferentes actores sociales y políticos que intervinieron e intervienen en estas temáticas.

Capítulo 1: Fecundidad, uso de métodos anticonceptivos y aborto

Los cambios demográficos que se han dado en América latina en los últimos sesenta años se deben sobre todo al descenso de la fecundidad, es este el factor

que más ha incidido en la estructura de población por edad (CEPAL, 2011). Algunos comportamientos relacionados son el uso de métodos anticonceptivos (principalmente modernos), el aumento de la educación y de la participación de las mujeres en el mercado laboral y la postergación de las uniones.

Las tasas globales de fecundidad (TSF³⁸) estimadas de Argentina son similares a las de Uruguay y muestran, comparado con los demás países de la región, un descenso menos pronunciado en los últimos años ya que ambos países presentaban menores tasas globales de fecundidad que los demás en 1950, que se mantuvieron en el tiempo. La estimación para el quinquenio 1950-1955 es 3,2 para Argentina, mientras que la estimación para América latina es 5,9, mientras que para el quinquenio 2010-2015 ambas estimaciones rondan los 2 hijos (Véase Anexo I).

Si bien la reducción de la fecundidad es un hecho, persisten diferencias que expresan las desigualdades socioeconómicas de América latina. Se dan patrones diversos respecto del matrimonio —formal o consensual— y el inicio de la maternidad influenciados por la educación: las mujeres con mayor nivel educativo inician su actividad sexual a edades más avanzadas que las mujeres con menor educación, y también retrasan las uniones y la maternidad, dando lugar a maternidades “tardías”, postergadas por proyectos personales ligados a la formación o el desarrollo profesional. En los sectores con menor nivel educativo el inicio sexual, las uniones y la maternidad son más tempranas (CEPAL, 2011).

En este contexto, en los países de la región el descenso de la fecundidad adolescente ha sido más moderado o se mantuvo estable (CEPAL, 2011; CEPAL/CELADE, 2012).³⁹ Al igual que la tendencia regional, en nuestro país el nivel

³⁸. La tasa global de fecundidad se interpreta como el número de hijos que, en promedio, tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el inicio hasta el fin del período fértil y que, a partir del momento en que se inicia la reproducción, están expuestas a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio (Welti, 1998 en CEPAL, 2011).

³⁹. Con relación a la sexualidad, la fecundidad y la maternidad/paternidad adolescente, los hallazgos de las investigaciones reflejan la multiplicidad de factores relacionados al embarazo adolescente: pautas culturales y familiares (cultura familista que amortigua los costos de una reproducción temprana), la maternidad como proyecto de vida o fuente de realización personal, la falta de información o acceso a métodos anticonceptivos (con la salvedad que el conocimiento no debe traducirse en uso y que la declaración de uso no es homologable a uso regular y eficiente), la maternidad como medio de acelerar un estatus conyugal o residencial (casarse, salir de la casa de los padres), reticencias institucionales frente a la sexualidad adolescente, y coerción sexual (física y

educativo influye en las trayectorias reproductivas: la proporción de madres entre las adolescentes de 14 a 19 años con educación primaria completa o menos triplica la proporción de madres entre las adolescentes con mayor educación (Binstock y Pantelides, 2006).

De acuerdo a un relevamiento de investigaciones en los países latinoamericanos realizado por CEPAL (2011) un dato relevante es la ausencia de anticoncepción en la primera relación sexual, con argumentos basados en la insuficiencia preventiva (relaciones no esperadas, descuido, irresponsabilidad) y las barreras de acceso a anticonceptivos.

En nuestro país, las razones por las cuales las adolescentes no utilizaron un método anticonceptivo en la iniciación sexual son similares. El motivo más mencionado es la “imprevisibilidad de la relación sexual”, luego “pensar que el embarazo no ocurriría” y en tercer y cuarto lugar la falta de conocimiento sobre métodos y el deseo de tener un hijo (Gogna et al, 2005:258). En este sentido, la literatura señala que en la primera relación sexual no suelen adoptarse medidas de prevención, ni de embarazo ni de VIH, ya que al no planearse, “la idea de detenerse a obtener un método preventivo no aparece o es desechada por interferir con lo erótico o romántico de la situación o por temor a que se lo interprete como un signo de desconfianza” (Manzelli y Pantelides, 2007:149).

En efecto, si bien los patrones de fecundidad de los diferentes sectores socioeconómicos han tendido a converger, siguiendo a López y Findling (2012), puede decirse que persisten dos modelos de reproducción: por un lado una fecundidad temprana y más elevada que el promedio nacional, característico de los estratos socioeconómicos bajos; y, por otro, uno menos prolífico y tardío de los sectores más favorecidos.

La estimación de la tasa de fecundidad global de Argentina señalada anteriormente da cuenta de la existencia de planificación de la reproducción, ejercida primordialmente por medio de métodos anticonceptivos químicos y mecánicos. Y, en

psicológica) (Bianco y Correa, 2003; Oliveira y Vieira, 2010; Binstock y Pantelides, 2006; UNFPA/CENEP, 2005; Heilborn, 2006; Castro et al, 2010; Rodríguez, 2009).

última instancia y por circunstancias diversas, su regulación recurriendo al aborto inducido (UNFPA/CENEP, 2009).

En nuestro país no hubo información sobre uso de métodos anticonceptivos hasta el año 2005 cuando se realizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)⁴⁰ que incluyó una sección sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva de las mujeres. La información recogida en la ENNyS señala que el 93% de las mujeres sexualmente iniciadas usaron alguna vez métodos anticonceptivos y poco más del 78% de estas iniciaron el uso antes de tener su primer hijo. De las mujeres sexualmente activas al momento de la encuesta, el 78% estaba utilizando un MAC.

Los diferentes métodos son usados diferencialmente por regiones y por edad. Considerando las regiones, el preservativo es el método más usado (41,4% total país). El menor porcentaje de uso se registra en el Nordeste Argentino (NEA: 29,4%) y el mayor en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA: 54,5%). Luego sigue la píldora (25% para el total país), registrando mayor uso en la región pampeana (34,2%) y menor en el Noroeste Argentino (NOA: 13,3%). En tercer lugar el DIU (10,8% total país), método más utilizado en la región patagónica (20,1%) y menos en el NEA (6,8%). Le siguen —considerando los métodos modernos— la esterilización o infertilidad femenina (7,9%) y las inyecciones (3,0%). Cabe destacar que la ENNyS fue efectuada cuando aún no se habían legalizado los procedimientos de anticoncepción quirúrgica. En ese momento, el porcentaje de mujeres que optaron por la ligadura tubaria fue mayor en las regiones de NOA (15,7%) y NEA (17%).

El uso de métodos tradicionales es más alto en el NOA, entre las mujeres de menor nivel educativo y entre las indigentes (Pantelides, Binstock y Mario, 2007 sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud). Si bien las cifras demuestran una alta proporción de uso de métodos anticonceptivos se desconoce la frecuencia y efectividad de su uso (UNFPA /CENEP, 2009).

⁴⁰. La encuesta fue realizada a población femenina de 10 a 49 años residente en hogares ubicados en localidades de 5.000 y más habitantes. Como suele suceder en el tema de la anticoncepción, no fueron relevados datos sobre varones.

En 2013 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) realizó, por primera vez, una encuesta sobre salud sexual y reproductiva. Abarcó a todas las localidades de 2.000 y más habitantes y se encuestaron a mujeres de 14 a 49 años y a varones de 14 a 59 años. Entre los principales hallazgos se señala que ocho de cada diez mujeres y varones en edad reproductiva y que tienen relaciones sexuales utilizan métodos anticonceptivos. Los métodos más utilizados por las mujeres son los hormonales (51%), seguidos de los métodos de barrera (30%), y entre los varones el de uso más frecuente es el preservativo (49%) (INDEC, 2014).

Sobre el aborto inducido, debido a su penalización, solo se cuenta con estimaciones realizadas a través de metodologías validadas internacionalmente (el método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto⁴¹ y el método residual⁴²) que señalan que se producen entre 372.000 y 522.000 abortos anuales (Pantelides y Mario, 2009). El aborto es desde hace más de 15 años la principal causa de muerte materna. Le siguen causas obstétricas indirectas, otras causas obstétricas directas, trastornos hipertensivos, sepsis y otras complicaciones del puerperio, complicaciones de la placenta y hemorragia anteparto, hemorragia posparto y VIH (Romero et al, 2013). La razón de mortalidad materna⁴³ para el total del país fue de 4 (por 10.000 nacidos vivos) en el año 2011 (Romero et al, 2013).⁴⁴

⁴¹. Se realiza a partir de estadísticas del sistema de salud y bajo el supuesto de que los casos que recurren en busca de atención médica representan sólo una parte del total de abortos inducidos. Calcularon que por cada mujer que llega con alguna complicación por aborto al hospital, hay siete que no demandan atención porque la interrupción fue segura y sin complicaciones. Esa cifra se denomina factor multiplicador, y se multiplican por siete los egresos hospitalarios, concluyendo en un total de 460.000 abortos por año. El cálculo de los abortos que no terminan en complicaciones (siete por cada mujer hospitalizada) se estimó a partir de entrevistas a informantes clave (médicos, integrantes de ONG de mujeres y jefes provinciales de programas de Salud Reproductiva).

⁴². Relaciona la tasa de fecundidad real observada con la fertilidad potencial, la prevalencia de uniones, de uso de métodos anticonceptivos, de aborto, y de infertilidad postparto. La información provino de datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004-2005, las proyecciones de fecundidad de las estadísticas vitales y las proyecciones de población.

⁴³. La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OPS, 1995). La razón de mortalidad materna se define como el número de muertes maternas en un período dado, dividida por el número de nacidos vivos en ese mismo período. Indica el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos (WH, 2007 en Romero et al, 2013). Cabe aclarar que la expresión “mortalidad materna” utilizada por los organismos citados ignora el hecho de que muchas de esas muertes se producen como consecuencia de evitar una maternidad no elegida (Checa y Rosenberg, 1996).

⁴⁴. En Ciudad de Buenos Aires es de 1,3 y en la provincia de Buenos Aires es de 3,2.

Muchas de estas muertes podrían haberse evitado⁴⁵ y demuestran no sólo la persistente desigualdad de género, sino también las desigualdades económicas y culturales. En 2012 y 2013 las estadísticas reflejan un descenso, que entre otras razones, es por el uso del aborto farmacológico. No obstante, desde diversas organizaciones de la sociedad civil como CLADEM y el OSSyR, consideran podría tratarse también del subregistro de la mortalidad materna, en tanto los médicos ponen otras causas —como paro cardio respiratorio o hemorragia— sin especificar que haya sido consecuencia de un aborto inseguro (Chaher, 2014).

Al igual que en otros países de la región, la práctica del aborto ha variado en los últimos años a partir del conocimiento y la utilización del misoprostol (Vázquez et al, 2006). También, como en la mayoría de los países, entre las técnicas no médicas se destaca la introducción en el útero de una sonda (o similar), que en algunas oportunidades se usa para introducir productos en el útero (permanganato, vinagre, perejil) y en otros casos para introducir objetos y producir hemorragia. Este tipo de aborto inseguro, entendiéndolo como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas sin la capacidad o preparación necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012), genera múltiples complicaciones.

Desde que se difundió el uso del misoprostol disminuyó el de la sonda, llegando a los hospitales casos menos severos (Vázquez et al, 2006). No obstante, por la utilización incorrecta de esa droga, el empleo de altas dosis en embarazos avanzados, y la ausencia de chequeos posteriores, continúan generándose algunas complicaciones (Zamberlin, 2007; Mansilla, 2013).

⁴⁵. Expertos convocados por el Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA, 2007) analizaron las causas de una mortalidad materna relativamente elevada en relación con los servicios disponibles y estimaron que, entre otros, los determinantes son: desigualdad de género (persistencia de patrones de relaciones de subordinación y violencia hacia la mujer); desconocimiento y violación de derechos sexuales y reproductivos (déficit en garantizar el acceso irrestricto a amplia gama de métodos anticonceptivos, incluida ligadura de trompas y vasectomía); ausencia de mecanismos de control y cumplimiento de leyes nacionales y provinciales; pobreza y marginalidad social; sistema de salud y calidad de la atención (discontinuidad en la aplicación y monitoreo de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva; discontinuidad en la provisión de insumos; barreras geográficas, culturales y económicas a los servicios; atención del parto en maternidades sin las condiciones adecuadas); escaso uso de intervenciones perinatales beneficiosas para reducir la morbilidad materna; y estatuto ilegal del aborto.

Así, coexisten en el mercado de servicios de aborto —extendido y segmentado— diversos procedimientos. La calidad y seguridad de los mismos depende del costo, y en consecuencia de la capacidad económica de las mujeres. Pero también inciden los conocimientos y las redes sociales que pueda disponer la mujer (o la pareja) para acceder a los diversos procedimientos.

En América latina el uso del misoprostol en obstetricia ha sido pionero. Según Ponce de León y Rizzi (2009) el primer estudio publicado internacionalmente sobre el uso de esta droga para inducir el parto fue realizado en Brasil, en casos de óbito fetal. También en Colombia y la República Dominicana, la administración vaginal u oral de misoprostol se desarrolló rápidamente desde 1990.

La Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la OMS publicaron manuales con evidencia científica sobre el uso del misoprostol. En 2005 la OMS lo incluyó a la lista de medicamentos esenciales, su uso para la interrupción del embarazo está contemplado dentro de lo que se conoce como el enfoque de “reducción de daños”, perspectiva que refiere a acciones de salud pública destinadas reducir los daños asociados con actividades específicas, en lugar de prohibir la actividad misma (Briozzo et al, 2007).

De acuerdo a disposiciones de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) en nuestro país el misoprostol se comercializa bajo receta simple, y es usado para tratamiento de úlceras o tratamientos traumatológicos. Las dos marcas que lo comercializan son Oxaprost (de Laboratorio Beta) y Blokium Prost (de Laboratorios Casasco). No obstante, su uso para realizar abortos se difundió rápida y ampliamente, y en la actualidad en algunas farmacias se niegan a venderlo, aplican un sobreprecio o exigen requisitos innecesarios como una doble receta, información del usuario o constancia de que quien lo compra no transita un embarazo. Esta información proviene de un congreso realizado por Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto, en el cual expusieron los resultados de la actividad que denominaron “rally del aborto”.⁴⁶

⁴⁶. Mujeres de distintos puntos del país recorrieron farmacias solicitando misoprostol. Si bien su venta sólo requiere una receta donde figure el nombre del medicamento con la firma y el sello del médico

En la provincia de Santa Fe, se proyecta producir misoprostol para proveer a su sistema de salud pública en casos de abortos no punibles, inducción del parto y otro tipo de usos obstétricos. Si bien sería un paso para facilitar el acceso a la droga, desde Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto señalan que el efecto dependerá de cómo se produzca y distribuya, dado que si sólo será para uso de los médicos no reducirá los riesgos del aborto inseguro. Como antecedente ubican a Brasil, que produce la droga pero sólo se distribuye en el sistema hospitalario y fue sacada de circulación en las farmacias (Tessa, 2014).

En los hechos, las cifras de abortos evidencian que la penalización provoca más riesgo a las mujeres por tres razones: métodos inseguros, ausencia de responsabilidad médica y desaliento de la atención posterior al aborto (Rosso, 2007). Algunas mujeres pueden tener efectos más leves, sin señales de infección y prefieren no buscar atención médica. Otras, por el temor relacionado a la ilegalidad de la práctica, por el temor al mal trato, por la lejanía a los hospitales (principalmente en zonas rurales) tampoco recurren en busca de atención. Por esto, las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto sólo representan una parte de las que deciden abortar.

Las mujeres que buscan atención son, con frecuencia, maltratadas. La violencia institucional es abordada en el informe del CELS (2012) y fue reseñado en investigaciones previas (Ramos et al, 2001; Checa, 2006). El “castigo” de los profesionales por haber realizado maniobras abortivas se basa en la demora en la atención, el maltrato verbal, el no uso de anestesia y la amenaza de denuncia.

En síntesis, el aborto inseguro tiene consecuencias en diferentes planos. Para las mujeres implica complicaciones físicas, consecuencias psicológicas, sociales y económicas, penalización, y muerte. Dada la penalización y los abusos que la misma genera, las más vulneradas son las de menores recursos económicos ya que al no poder pagar abortos seguros terminan con graves complicaciones o muriendo.

que lo prescribe, menos de la mitad de las farmacias consultadas en dicha convocatoria cumplían esas condiciones.

Las cifras y estimaciones descriptas en este capítulo dan cuenta de la intensidad de los cambios en la fecundidad. Tanto el mayor uso de métodos anticonceptivos modernos en la actualidad, como el pasaje de abortos inseguros a abortos realizados con misoprostol, se apreciarán en las trayectorias de los entrevistados analizadas en los capítulos dedicados al análisis. Asimismo, lo relatado en líneas generales sobre los obstáculos para acceder al misoprostol y las complicaciones por la falta (o mala calidad) de información requerida para realizar un aborto con pastillas, fue señalado por las entrevistadas.

Los comportamientos no reproductivos (anticoncepción y aborto voluntario) que inciden en las variaciones en la fecundidad analizadas son posibilitados o restringidos por normativas que se plasman (o no) en políticas públicas. A continuación se describen los recorridos normativos y programáticos de la anticoncepción y del aborto en la Argentina en general y en el ámbito del AMBA en particular y los actores sociales y políticos involucrados en cada temática.

Capítulo 2: Anticoncepción

Se describen las acciones del Poder Legislativo y del Poder Ejecutivo a través de los recorridos normativos y programáticos, y luego las de los demás actores involucrados (Poder Judicial, comunidad médica, académicos, periodistas, Iglesias, entre otros), que —en muchos casos— actuaron reclamando, apoyando o criticando las leyes y políticas o programas desarrollados.

2.1 El recorrido normativo y programático

Según Torrado, el año 1930 representa una bisagra en el proyecto de país porque la crisis internacional separó dos etapas “[...] de muy distinta naturaleza: la primera, caracterizada por la prolongada vigencia de una estrategia de desarrollo basada en el sector agroexportador; la segunda, asentada en la industrialización sustitutiva para el mercado interno” (Torrado, 1993:45). Las políticas de población del modelo agroexportador se basaron en la inmigración europea, la supresión de la población originaria y la secularización del matrimonio (Novick, 2001), constituyéndose la fecundidad en una de las problemáticas centrales de las agendas de gobierno. Entre

1934 y 1937, se dictan leyes dirigidas a proteger la maternidad y se crea, en el año 1937, la Dirección de Maternidad e Infancia, en el Departamento Nacional de Higiene, dando mayor énfasis al fomento de la fecundidad a partir de la creación y vigilancia de instituciones o servicios de atención de la madre y el niño. Este binomio era central en el desarrollo de las políticas de la época, “la sexualidad y la procreación no podían separarse” (Siede, 2012:29).

Entre 1947 y 1951 se fomenta la natalidad “[...] a través de campañas nacionales, de protección de la mujer embarazada, de la severa represión del aborto, de subsidios a la natalidad, la concesión de posibilidades prioritarias de empleo a padres de familia, de la disminución de impuestos a la familia numerosa, del fomento a la posesión de la vivienda propia y de recaudos sanitarios” (Biernat, 2007:78). También, durante los primeros años del justicialismo, se estimula el incremento de la nupcialidad y la disminución de la mortalidad, principalmente la infantil. La primera, a través de subsidios y préstamos por casamientos e incremento de salario familiar; la segunda a través de medidas preventivas y curativas (Biernat, 2007).

A partir de 1960 hubo un cambio en la política poblacional, “se abandonaron las pautas tradicionales de la población y se fomentó la llamada “familia moderna” con una clara disminución del número de hijos” (Siede, 2012:30).

Posteriormente, bajo la llamada “Doctrina de Seguridad Nacional” basada en concepciones geopolíticas de poder y en la cual se enmarca el Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad puesto en práctica entre 1971 y 1975, se encaró un programa de crecimiento demográfico (Torrado, 1993), con el desarrollo de políticas pronatalistas. Un claro ejemplo es el decreto 659/74 que prohibía cualquier tipo de actividad destinada al control de la natalidad, restringiendo la venta de métodos anticonceptivos. En 1977, el gobierno militar promulgó el decreto 3938, por el cual se creó la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE) en la que se afirmaba la “necesidad de eliminar las actividades del control de la natalidad” e “incentivar la protección de la familia”. Su derogación fue tres años después de instaurada la democracia, a través del decreto 2298/86.⁴⁷

⁴⁷. El decreto de 1977 fue derogado en su totalidad por el decreto N° 1033 del año 1992.

A partir de la recuperación democrática se iniciaron cambios en esta temática. La ley 23515/87 de modificación del Código Civil que permite el divorcio vincular, y la puesta en marcha del Programa de Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires (conocido como PPR) en el año 1987 son algunos de los indicadores. Sin embargo, durante los primeros años de democracia la “fragilidad e inestabilidad del sistema se vivían tan intensamente, que el inicial reformismo se transformó con el tiempo en una ideología de “congelamiento” implementada desde el Poder Ejecutivo” (Novick, 2001:8).

Recién con la reforma de la Constitución Nacional de 1994 se consolidaron algunos cambios en el plano normativo, al reconocer la jerarquía constitucional de los tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁴⁸ (Petracci y Pecheny, 2007).

En 2001, se logró la media sanción de la Cámara de Diputados de la Nación de la ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) en el ámbito del Ministerio de Salud. En octubre de 2002 fue aprobada por la Cámara de Senadores, y se sancionó la ley 25673, y el decreto 1282/03 que la reglamenta. Entre los objetivos se destacan: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable; disminuir la morbilidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable (ley 25673). Sobre el Programa el ex Ministro de Salud, Ginés González García, señalaba que:

⁴⁸. El Protocolo Facultativo fue aprobado recién en el año 2006 por ley 26171, posibilita quejas individuales de mujeres víctimas de una violación de los derechos establecidos en la Convención una vez agotadas las instancias estatales y permite que el comité de monitoreo investigue violaciones graves y sistemáticas de derechos de las mujeres.

[...] constituyó un hito fundamental en relación con las políticas públicas destinadas a la atención de la salud en la Argentina. Es la primera vez que desde el Estado Nacional se expresa claramente la voluntad de implementar acciones relevantes en este campo (Gogna et al, 2005: prólogo).

Dado el sistema de gobierno federal de nuestro país las provincias sancionaron sus propias leyes y programas o adhirieron a la ley nacional de acuerdo al resultado de las discusiones que se dieron en las respectivas legislaturas (Petracci, 2004; Petracci y Pecheny, 2007). La Ciudad y la provincia de Buenos Aires, ámbito de estudio de esta Tesis, cuentan con leyes propias. Las provincias sin ley de salud sexual y reproductiva son Formosa, San Juan, Tucumán y Catamarca.

Schuster y García Jurado realizaron un análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva referido al contenido y al alcance según las denominaciones, los objetivos, las acciones, los métodos anticonceptivos, los destinatarios, la objeción de conciencia, la autoridad de aplicación y financiamiento y la educación sexual, destacando que “existe invisibilización del lugar de los varones en materia de salud sexual y reproductiva, lo que tiene como contrapartida la responsabilización excluyente de las mujeres” (Schuster y García Jurado, 2006:45).

Retomando estos hallazgos, se analizaron las leyes provinciales en materia de salud sexual y reproductiva a partir de la búsqueda de los siguientes términos relacionados con el objeto de estudio de la Tesis: “género”, “familia”, “varones”, “técnica o tecnología” y “moderno/s” (en referencia a métodos anticonceptivos).

El término “género” está presente en la legislación de cinco provincias. En la ley de Río Negro se explica el concepto, en la de San Luis refiriendo a la promoción de la equidad, y en las legislaciones de CABA, Tierra del Fuego y Entre Ríos garantizando la existencia de profesionales capacitados en género.

El término “familia” aparece en la legislación de ocho provincias, refiriendo a la protección, promoción o el cuidado de la salud de la familia y a su papel en la educación sexual (Buenos Aires, Chubut, Jujuy, La Rioja, Córdoba, Mendoza, Salta y Río Negro). En la legislación de Río Negro el término se menciona al definir la

sexualidad como construcción cultural. Refieren a “planificación familiar” las legislaciones de Buenos Aires, Corrientes, La Rioja, San Luis, Mendoza y Río Negro. En esta última agregan “voluntaria y responsable”. La noción de “familias” no es utilizada para dar cuenta de las modificaciones en las conformaciones familiares, sino para referir al plural de la palabra.

El término “varones” está presente en las legislaciones de cinco distritos (CABA, Río Negro, Santa Fe, Tierra del Fuego y Buenos Aires). En líneas generales se insta a garantizar el acceso a las prestaciones y a promover su participación en el cuidado de la salud reproductiva, pero no se detallan los mecanismos previstos para esto. Siguen además referenciados como “participantes” de la anticoncepción, quedando el rol central en las mujeres.

Los términos “técnica/tecnologías” sólo aparecen en la legislación de Corrientes para referir a “tecnologías simples, eficaces y aceptadas socialmente” que evitarían muertes maternas, y en la de Tierra del Fuego, al describir la vasectomía.

El término “moderno/s” no se enuncia en ninguna de las legislaciones.

En este contexto —con provincias sin ley, otras con ley propia, y algunas que adhieren a la ley nacional— la Nación cumple, por medio del PNSSyPR, un rol no sólo normativo, sino también de provisión de insumos (métodos anticonceptivos y material para su colocación, material de capacitación, consejería y difusión), de capacitación específica de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios y de difusión.

Los recursos humanos del Programa son provistos por las provincias y municipios (CoNDeRS, 2005) y los hospitales en los que se brinda la atención, consejería y métodos anticonceptivos también son provinciales o municipales (principalmente centros de salud o “salitas”). Frente a esta fragmentación, la toma de decisiones respecto de los métodos que se entregan, los criterios, o las actividades de difusión pueden ser muy heterogéneas en las prácticas cotidianas de los centros de salud. Además, dado que las prestaciones del PNSSyPR fueron incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el

nomenclador farmacológico, las prestaciones y métodos anticonceptivos se deben garantizar también a quienes se atienden en el sistema privado (Mattioli, 2011).

En 2006 se sancionó la ley 26130 que establece el derecho de todas las personas a acceder a las prácticas quirúrgicas denominadas “ligadura de trompas de Falopio”⁴⁹ y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía”⁵⁰. El acceso a estas prácticas no requiere consentimiento del/la cónyuge o conviviente ni autorización judicial, sólo se necesita autorización judicial en casos de personas declaradas judicialmente incapaces. El avance tecnológico de los procedimientos quirúrgicos (fibra óptica, laparoscopías) contribuyó a que la anticoncepción quirúrgica representara una forma segura y eficaz de prevenir el embarazo (Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2009).

No obstante, todavía no es un método que las mujeres y los servicios de salud tengan en cuenta a la hora de garantizar que quienes lo procuren o lo necesiten puedan acceder (Pecheny en Siede, 2012). Basada en los hallazgos de una investigación posterior a la implementación de la ley, Siede (2012) señala que la ligadura, en casi la totalidad de las mujeres consultadas, no fue propuesta al equipo de salud como un derecho relacionado con la elección de un método anticonceptivo, sino que fue proyectada como una necesidad debido a la gran cantidad de hijos que ya tenían y a las dificultades por las que estaban atravesando. El acceso a una ligadura aparece como la consecuencia de un largo camino de gestiones y de luchas y como una conquista personal.⁵¹

En 2007, por resolución ministerial 232 se incluyó la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) en el PMO como método para prevenir un embarazo. Se trata de la ingesta de una alta dosis hormonal dentro de los cinco días posteriores a una relación sexual sin protección, disminuyendo la efectividad a medida que transcurre

⁴⁹. Es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide), evitando el embarazo en forma permanente.

⁵⁰. La vasectomía consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de espermatozoides provenientes del epidídimo (PNSSYR Vasectomía, 2008).

⁵¹. Sobre ligadura tubaria véase Moschella et al (2009), del Río Fortuna (2012), Messina (2007), Gianni y Zamerlin (2011).

el tiempo. La “píldora del día después” (nombre por el que es conocida la AHE) es el único método de anticoncepción poscoital.

Los resultados de un estudio dirigido por Pecheny (2010) señalan que la población en edad reproductiva no parece haber incorporado este método al conjunto de anticonceptivos disponibles. Los hallazgos muestran que “hay barreras comunes con el resto de los anticonceptivos (subjetivas, culturales, institucionales, económicas) y que hay barreras específicas ligadas a la inadecuada información sobre el funcionamiento de la AHE (básicamente, que hay tiempo entre el coito y la fecundación como para intervenir con un anticonceptivo adecuado en dicho lapso), el estatus legal de la misma, la accesibilidad en sentido estricto al método (dónde conseguirlo y cómo)” (Pecheny et al, 2010:16) entre otras. Tampoco el sistema de salud brindó en forma homogénea información sobre el método y no fue igualmente aceptado su uso por parte de los profesionales, a pesar de estar recomendado como los demás anticonceptivos y que —por ley— debe garantizarse.

El PNSSyPR difunde materiales sobre derechos sexuales y reproductivos que tienen por propósito promover los derechos descriptos en la cronología desarrollada en los párrafos previos y mejorar el acceso a la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Desarrolló además una línea gratuita de atención telefónica para consultas (0800-222-3444) y más recientemente, comenzó a tener presencia a través de las redes sociales facebook y twitter.

En cuanto a la distribución de los insumos, luego de acuerdos con los ministerios de salud provinciales se incorporó la distribución de botiquines anticonceptivos a través de programa Remediar+Redes⁵², además de los enviados a los Programas provinciales.

Los informes y las publicaciones sobre la situación de la anticoncepción en nuestro país destacan los avances en la legislación, pero señalan que no se ha implementado todo lo legislado, el problema es “establecer los mecanismos para asegurar su ejercicio efectivo” (FEIM/ONU Mujer, 2012:38). En algunos casos por

⁵². Programa nacional que tiene por objetivo la provisión de medicamentos esenciales, la capacitación de recurso humano en salud y el fortalecimiento de redes de salud (<http://www.remEDIAR.gov.ar>).

falta de reglamentación, en otros por cuestiones presupuestarias y también por voluntad política. Esto significa que la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable no se aplica de manera uniforme en las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Cairo +15, 2009).

Puntualmente en el caso de la implementación del PNSSyPR el acceso a los servicios es geográficamente diferencial, debido a cuestiones presupuestarias y al mayor o menor compromiso y voluntad de los gobernadores. En consecuencia, los derechos sexuales y reproductivos no se garantizan a toda la población. Si bien la distribución de métodos anticonceptivos mejoró a partir de la incorporación al Programa Remediar + Redes (CoNDeRS, 2010), en algunas provincias se presentan irregularidades y, además la modalidad de este programa tiene mayor control sobre los insumos (presentación de DNI y de receta, dependencia del sistema médico para todos los métodos), lo cual en algunas ocasiones desalienta la consulta.

Otro aspecto negativo, destacado en el citado informe del CoNDeRS, es la aún carente recepción de adolescentes en las consultas de salud sexual y reproductiva, hay provincias en las que son rechazados si no van en compañía de un adulto y no es este un requisito de la ley. En algunas jurisdicciones otro de los obstáculos es el escaso presupuesto destinado a los programas de salud sexual y reproductiva, y, dificultando aún más su cumplimiento, la subejecución del mismo. Tampoco se coordinan las acciones de los diferentes niveles gubernamentales (FEIM/ONU Mujer, 2012). Otros problemas son la carencia de información estadística a nivel nacional confiable y elaborada sistemáticamente y la ausencia de evaluación de la política pública que posibilite utilizar los hallazgos como insumo para el aprendizaje y la reorientación de su implementación en forma oportuna.⁵³

Una ley que antecede a las leyes de salud sexual y reproductiva, y no puede dejar de ser mencionada es la que declara de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (23798/90). La epidemia del VIH/sida y las

⁵³. En un estudio cualitativo, con mujeres residentes en CABA los hallazgos dieron cuenta que las participantes de menor nivel socioeducativo enfatizaron la necesidad de brindar más educación sexual y manifestaron mayor conocimiento de la política de salud sexual y reproductiva, principalmente la entrega gratuita de métodos anticonceptivos (Petracci y Mattioli, 2009). Las actividades de promoción, consejería e información no suelen ser las más mencionadas por las usuarias, de la misma manera que no suelen ser evaluadas por los tomadores de decisiones.

respuestas institucionales (estatales o no) también dejaron huella en el camino de la anticoncepción, ya que desde entonces el uso de preservativo no sólo implica evitar un embarazo sino también, y fundamentalmente, infecciones de transmisión sexual.

Además, otros temas relacionados a la salud sexual y reproductiva —no directamente referidos a anticoncepción— aparecen en la agenda, se debaten y se sancionan leyes. Se destacan la ley 25929/04 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento; la ley 26485/09 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; la ley 26529/09 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud; la ley 26618/10 de Matrimonio Igualitario y la ley 26743/12 de Identidad de Género.

Para finalizar, se detallan las legislaciones de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires, ámbito de estudio de la Tesis.

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aprobada en 1996, marcó un notable avance en el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos incorporando en su texto el reconocimiento de esos derechos como derechos humanos básicos (artículo 37). Incorporó también la obligación por parte del Estado de promover “la maternidad y paternidad responsables” (artículo 21.4) y manifiesta que la Ciudad incorpora la perspectiva de género en el diseño y ejecución de sus políticas públicas (artículo 38) (Constitución de la CABA, 1996).

Respecto de las cuestiones programáticas, en 1987, la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires puso en marcha el Programa de Procreación Responsable (PPR). A partir de la sanción de la ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (418/00), cambia el enfoque del PPR, desde ese momento alineado con el de los derechos sexuales y reproductivos; y en 2001 —adoptando el nombre de la ley— pasa a denominarse Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En 2006, se denomina Programa de Salud Sexual y Reproductiva, nombre que mantiene actualmente (Mattioli, 2011).

Las prestaciones ofrecidas son promoción de la salud sexual y reproductiva, información y asesoramiento a varones y mujeres sobre salud sexual y reproductiva

y métodos anticonceptivos, y asistencia y provisión gratuita de MAC con el asesoramiento de profesionales. Se puede acceder al Programa en hospitales, Centros de Salud, Centros Médicos Barriales y Médicos de Cabecera.⁵⁴

En lo que respecta al financiamiento, la ordenanza 47731/94 decretó que el primer millón de pesos recaudado en el bingo correspondería a este programa, con destino a la adquisición de bienes y servicios no personales, siendo uno de los pocos programas que cuenta con presupuesto propio (Decreto 1772/92), que es administrado por el Ministerio de Salud de la Ciudad (Cuadernos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, 2006).⁵⁵ Recibe además las partidas de métodos anticonceptivos provenientes del PNSSyPR.

Por su parte, la Constitución de la Provincia de Buenos Aires (1994) no menciona derechos sexuales y reproductivos ni género. Reconoce, en el artículo 36, los derechos sociales de la Familia, de la Niñez, de la Juventud, de la Mujer, de la Discapacidad, de la Tercera Edad, a la Vivienda, a la Salud, de los Indígenas y de los Veteranos de Guerra.⁵⁶ Entre los derechos de la Mujer no se mencionan los derechos sexuales y reproductivos, la Constitución dicta que “Toda mujer tiene derecho a no ser discriminada por su sexo, a la igualdad de oportunidades, a una protección especial durante los estados de embarazo y lactancia, y las condiciones laborales deben permitir el cumplimiento de su esencial función familiar. La Provincia promoverá políticas de asistencia a la madre sola sostén de hogar” (Artículo 36). Tampoco se mencionan en el derecho a la salud.

En 2003 fue sancionada la ley 13066 y el decreto de reglamentación 2327⁵⁷ de Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Entre sus objetivos se menciona “valorar la maternidad y la familia;

⁵⁴. El Programa se presta en 22 hospitales (trece hospitales generales, tres pediátricos, cuatro mentales, la Maternidad Sardá y el Hospital Muñiz), 41 Centros de Salud y Acción Comunitaria, 37 Centros Médicos Barriales y a través del Programa Médicos de Cabecera.

⁵⁵. La asignación presupuestaria vía la recaudación en el bingo generó problemas en el financiamiento, porque en el momento en que se estableció esa cláusula se trataba de un millón de dólares, pero a pesar de la caída de la convertibilidad y de la inflación no se aumentó esa partida. “En lugar de ser un piso —como pensaron las legisladoras que en su momento impulsaron la norma— se convirtió en un techo” (*Página12*, 12/12/08). Son frecuentes además las demandas del movimiento de mujeres sobre el manejo presupuestario basadas en la subejecución del mismo (*Página12*, 8/12/10).

⁵⁶. Se respetan las mayúsculas del documento original.

⁵⁷. Publicado en el Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires el 31/12/03.

disminuir la morbilidad materno infantil; garantizar la atención durante el embarazo, parto y puerperio; informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por la ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del Programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados; prevenir mediante información y educación, los abortos”.

En el año 2006 el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la provincia de Buenos Aires aprueba el Plan SER de Salud Sexual y Reproductiva (resolución 1245). En el año 2007 (decreto 4559 del Ministerio de Salud) se agregan las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, como métodos de anticoncepción. El Programa funcionó como Subprograma dentro del Área Materno Infantil hasta mayo de 2010, cuando pasó a depender del área de Políticas de Género (resolución 1395). En el sitio web no hay datos sobre los insumos entregados ni el número de beneficiarios, se presentan el marco normativo, las líneas de acción, y el marco conceptual.⁵⁸

En el recorrido realizado sobre la anticoncepción en nuestro país se priorizó el accionar del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo en la materia. Pero, en ese recorrido, las leyes sancionadas (a nivel nacional y en el AMBA) y lo realizado por el PNSSyPR son fruto también de la lucha de distintos actores de la sociedad, que no fue desarrollada sin objeciones ni contratiempos (Mattioli, 2011). Estas no se abordan en forma cronológica, sino a partir de la descripción de los principales nudos problemáticos señalados en la profusa bibliografía, y que se reflejan en las experiencias de los entrevistados. No se pretende exhaustividad sino destacar los principales obstáculos, las problemáticas que más afectaron y afectan la garantía de los derechos: las dificultades iniciales en la implementación del programa, la objeción de conciencia aducida por profesionales de la salud, la influencia de la Iglesia Católica y los amparos judiciales para evitar la distribución de métodos.

⁵⁸. Para más información sobre la legislación vigente en el AMBA véase el Anexo II.

2.2 Los actores

El movimiento de mujeres y otras organizaciones de la sociedad civil han desarrollado investigaciones, monitoreos y evaluaciones de los programas, actividades de difusión y advocacy, actividades de capacitación y sensibilización, asesoramiento jurídico, acciones ante los tribunales (recursos de amparo, recurso de *amicus curiae*), lobbie cívico o cabildeo, entre otras. También, pero en menor medida comparando con otros países de la región, han brindado atención y cobertura de métodos anticonceptivos (Zamberlin, 2006).

Referidas al ámbito de la anticoncepción pueden destacarse las investigaciones, evaluaciones y otras actividades realizadas por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Consorcio Nacional por los Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS)⁵⁹, la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), el Foro por los Derechos Reproductivos, la Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva, el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar), el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), entre otras.

Investigadores e investigadoras son otro de los actores que, formando parte de movimientos sociales y/o desde diversas instituciones académicas (tanto públicas como privadas), han desempeñado un papel importante en el aporte de evidencia para tratar la temática y en su colocación en la agenda (Ramos y Llovet, 1986; Gutiérrez et al, 2001; Petracci, 2004; Pantelides y López, 2005; Petracci y Ramos, 2006; Checa, 2006; Cappuccio, Nirenberg y Pailles, 2006; Petracci y Pecheny, 2007/2010; Brown, 2008; Brown et al 2009; Felitti, 2012).

Los medios de comunicación y, fundamentalmente, periodistas especializados en la temática —la Red PAR (Periodistas de Argentina por una comunicación no sexista), Mariana Carbajal (de Página12, diario que cuenta con el Suplemento semanal Las12 en el cuál se abordan estas temáticas), Sandra Chaheer (desde la creación de

⁵⁹. Iniciativa de cuatro ONG de mujeres y jóvenes con trayectoria en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de “[...] desarrollar y promover el crecimiento de redes locales de monitoreo social basadas territorialmente. Ello permite la formación y consolidación de una red nacional participativa con una mejor detección de necesidades y perspectivas locales, y una capacidad más efectiva de incidencia con los organismos gubernamentales locales, provinciales y municipales” (Bianco et al, en Petracci y Ramos, 2006:119-120).

Artemisa⁶⁰ y en la actualidad desde Comunicar Igualdad⁶¹), Sonia Santoro (Artemisa, Página12), entre otros— han sido importantes para la difusión y consolidación de la temática en la agenda pública. El desarrollo de los medios de comunicación e internet lo han posibilitado, tanto por la rápida difusión, como por la amplia cobertura.

La corporación médica, con voces a favor y voces en contra, ha disputado el espacio de la anticoncepción basando muchos de los argumentos en ser los portadores de la evidencia médica científica. No obstante, facultades de medicina y sociedades científicas mantuvieron el silencio sobre este tema durante años (Ramos et al, 2001). Posteriormente, comenzaron a tener mayor presencia en el espacio público, destacándose el papel de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO); la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA); la Asociación Médica de Anticoncepción (A.M.A.D.A.).

En un estudio sobre opiniones de tocoginecólogos/as, Ramos et al (2001) concluyen que entre los profesionales que se desempeñan como jefes de servicio y los demás profesionales no existen dos bloques antagónicos (“conservadores”/“progresistas”) sino un *continuum* de posiciones. Cuestiones religiosas, científicas, éticas, culturales y sociales marcan esa gradiente de opiniones. Por lo tanto, la diversidad de concepciones no puede ser representada por la visión de la corporación o sus autoridades, sino que se disipan en cada una de las consultas en los servicios de salud. Así, la postura tomada por los profesionales que trabajan en salud sexual y reproductiva en esas microsituaciones son las que, al ser el último eslabón de la cadena, hacen o no efectivo el cumplimiento de los derechos de mujeres y varones. La evaluación de los programas desde la perspectiva de los usuarios es central para conocer esas instancias de implementación (Programa Ciudadanía y Sexualidad, 2004; CoNDeRS, 2005/2010; Mattioli, 2011).

Uno de los nudos más problemáticos de la política de salud sexual y reproductiva es la figura de la objeción de conciencia, que no se ha regulado y los profesionales de salud pueden, a nivel individual, aducirla frente a prácticas relacionadas al PNSSyPR. La objeción de conciencia es “el derecho a no ser obligado a realizar

⁶⁰. Asociación Civil que fomenta la igualdad entre mujeres y varones desde la comunicación.

⁶¹. Agencia de noticias con enfoque de género.

acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo” (Alegre, 2009:3). Médicos, pero también farmacéuticos y otros profesionales de la salud se amparan en la objeción de conciencia para negarse a brindar algunas prestaciones, incluso algunos no dan información ni derivan a otros profesionales no objetores. La anticoncepción quirúrgica, la anticoncepción de emergencia y la atención de adolescentes son las más controvertidas. En consecuencia, no se garantizan los derechos, la autonomía, ni el acceso a la información.

No obstante, la articulación de las normas de derecho constitucional y de derecho internacional con la legislación nacional y provincial, permite identificar algunas pautas para el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales: no puede obstaculizar el acceso a prestaciones, no puede alegarse en un contexto de falta de acceso a las prestaciones, no puede encubrir intentos de imponer una concepción ética o religiosa en otras personas (menos aún en el marco de una relación asimétrica como lo es la de médico/paciente), no puede ser ejercida solamente en el ámbito público, y no puede haber “objeción institucional” ya que solo es posible aducirla a nivel personal (Alegre, 2009). Por estas razones, contar con un registro de objetores es uno de los primeros pasos a dar para regular esta práctica.

Otra corporación, la de abogados, también ha estado y está presente en las cuestiones ligadas a la anticoncepción. Desde la Asociación por los Derechos Civiles (ADC) a favor de los derechos sexuales y reproductivos, hasta la Corporación de Abogados Católicos que se opone tajantemente, el abanico de opiniones y posturas es amplio. En relación a las acciones judiciales, aquellas que han generado mayor discusión son las relacionadas a anticoncepción de emergencia, ligadura tubaria y educación sexual y provisión de anticonceptivos a adolescentes (Petracci y Pecheny, 2007). La primera cuestionada porque tendría efecto abortivo, en la segunda pidiendo solicitudes de autorización judicial para realizarla (no necesarias) y sobre los adolescentes alegando la violación de la patria potestad.⁶²

⁶². Para ampliar sobre la embestida judicial de grupos relacionados a la Iglesia y otros grupos conservadores véase Petracci y Pecheny, 2007.

La Iglesia Católica desempeñó un rol muy importante, basado en la estrecha relación entre el Poder Ejecutivo y el Vaticano (Petracci y Pecheny, 2007). Su influencia fue tanto en el freno a los proyectos de ley como en las presentaciones de algunos grupos minoritarios a diversos juzgados del país solicitando la no implementación del PNSSyPR. También intentaron medidas judiciales, junto a grupos conservadores, para evitar la distribución de métodos anticonceptivos (puntualmente DIU y AHE). Su posición se cristalizó en los debates sobre la reforma constitucional y el intento del ex presidente Menem de introducir un artículo que garantizara “el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural” (Petracci y Pecheny, 2007:33). Si bien el texto no quedó así en el articulado de la Constitución de 1994, se instauró el 25 de marzo como día del Niño por Nacer por decreto presidencial 1406/98. En esa fecha, diferentes agrupaciones provida organizan actividades en defensa de la vida desde el momento de la concepción. Además, varias ciudades están impulsando ordenanzas municipales para declararse “ciudades provida”⁶³ (Agencia Informativa Católica Argentina, 2012). No obstante, “de esas posturas antiabortistas no debe entenderse que el gobierno (de Menem) poseía una política pronatalista incentivadora como históricamente sostuvieron anteriores gobiernos justicialistas. En esta ocasión respondía a intereses políticos meramente coyunturales del jefe del partido gobernante” (Novick, 2001:21).

Otro proceso de confrontación de la Iglesia Católica fue sobre la ley de Educación Sexual Integral (26150/06). Luego de su sanción, difundieron una guía para hablar de sexo con los alumnos, titulada “Educación para el amor”, que refiere a la familia, la gestación del hijo requiere del aporte del padre y la madre, en matrimonio, y a métodos anticonceptivos naturales. El entonces arzobispo de Buenos Aires, Jorge Bergoglio, actualmente Papa Francisco I, remarcó que la función del Estado debe ser complementaria en este tema y que la responsabilidad fundamental en la educación es de la familia. Además, grupos conservadores difunden la campaña “No autorizo” argumentando que en ejercicio de los derechos y deberes de la patria potestad no autorizan a sus hijos a recibir material sobre “temas de moral íntima”.

⁶³. Desde mediados de 2011 más de cuarenta ciudades fueron declaradas “provida” en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán, Jujuy, Neuquén, Salta, Chaco y Corrientes (Agencia Informativa Católica Argentina, 2012, www.aica.org).

La Iglesia Católica rechaza el uso y distribución de métodos anticonceptivos, ejerció y ejerce influencia en el debate legislativo, interviene vía la corporación de abogados en el campo jurídico, entre otras acciones para frenar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Las influencias religiosas de los efectores inciden —en el caso de la salud sexual y reproductiva— en el acceso a preservativos, a prácticas de ligadura y vasectomía o a tratamientos de infertilidad afectando el ejercicio de derechos (Romero y Maceira, 2006). En oposición, Católicas por el Derecho a Decidir, un movimiento de personas católicas “comprometidas con la búsqueda de la justicia social y el cambio de patrones culturales y religiosos vigentes en nuestras sociedades” (Carta de Principios, citado en Hurst, 2004) promueve los derechos de las mujeres, especialmente los sexuales y reproductivos.

La opinión pública también está presente en el debate público de la política de salud sexual y reproductiva a través de diversas manifestaciones. Su expresión en los sondeos indica que hay un consenso estable de la ciudadanía sobre la temática, la opinión pública tiene una opinión formada: “[...] está de acuerdo con la autodeterminación sexual y reproductiva y sostiene posturas a favor de las políticas públicas vinculadas con este tema” (Petracci, 2011:68).

En síntesis, numerosos actores sociales y políticos —algunos más institucionalizados que otros— se han ocupado y se ocupan de las diferentes cuestiones vinculadas a la anticoncepción. Muchos de los autores mencionados han analizado y descripto el debate público y político previo a la sanción de las leyes, las posturas de los diferentes actores, el proceso de sanción, la implementación de la política pública y sus principales obstáculos (Ramos y Llovet, 1986; Birgin, 1996; Lubertino, 1996; Gogna et al, 1998; Durand y Gutiérrez, 2001; CELS, 2003; Petracci y Ramos, 2006; Petracci y Pecheny, 2007; Brown, 2008). En este capítulo se mencionaron los nudos problemáticos señalados en la bibliografía. Esos problemas enunciados en general se visibilizan en las experiencias particulares de los entrevistados que serán analizadas en los capítulos dedicados al análisis.

Capítulo 3: Aborto

Si bien el aborto no tiene la trayectoria normativa y programática de la anticoncepción, en los últimos años ha cobrado relevancia en el espacio público —principalmente a partir de las dificultades registradas para la realización de los abortos no punibles y las discusiones que produce la interpretación del Código Penal (Petracci, 2011)—. Al igual que en el capítulo anterior, se describe el recorrido normativo y las cuestiones programáticas en primer lugar, y luego el accionar de diferentes actores sociales y políticos involucrados.

3.1 El recorrido normativo y programático

Excepto en Cuba, Guyana, Puerto Rico y Uruguay⁶⁴, el resto de los países de América latina adoptaron una legislación restrictiva respecto al aborto. Comparando las legislaciones de los distintos países en los cuales el aborto se encuentra en el derecho penal los autores describen tres posiciones (Ibañez y García-Velasco, 1992; Bergallo, 2012): es ilegal en todos los casos (penalización total); es legal por causas específicas (médicas, jurídicas, eugenésicas y/o sociales), es decir, un modelo de permisos; y, es legal a pedido de la mujer y por causas no especificadas dentro de un plazo. El segundo caso sería el de nuestro país, ya que el aborto está tipificado en el Código Penal⁶⁵ como delito contra la vida de las personas desde el año 1921, y están enunciadas en el mismo Código las situaciones de no punibilidad.

Los antecedentes legislativos del Código Penal condenaron el aborto, incluso sin prever excepciones. Antes de ser sancionado se introducen referencias a la impunidad tomadas del Código Penal suizo, y —por errores en la traducción y

⁶⁴. Uruguay aprobó la despenalización del aborto en octubre de 2012 bajo ciertas condiciones: será admitida dentro de las doce semanas de gestación y la mujer deberá ser asesorada por un equipo interdisciplinario. Luego de cinco días la mujer podrá ratificar la voluntad de interrumpir el embarazo y será realizado el procedimiento de inmediato. Fuera de las doce semanas de gestación podrá interrumpirse si el embarazo es un grave riesgo para la salud de la mujer, si presenta malformaciones incompatibles con la vida extrauterina o cuando fuera producto de una violación (en este caso presentando denuncia policial y dentro de las catorce semanas). La Ciudad de México también se encuentra entre estas excepciones.

⁶⁵. El Código Penal fue aprobado por la ley 11179 y dispone las aplicaciones de la ley penal argentina para delitos cometidos o cuyos efectos deban producirse en el territorio de la Nación Argentina, o en los lugares sometidos a su jurisdicción; o por delitos cometidos en el extranjero por agentes o empleados de autoridades argentinas en desempeño de su cargo.

redacción— dieron lugar a una discusión sobre su interpretación que aún se mantiene y será descripta en los próximos párrafos.

El aborto y las causales de no punibilidad están tipificados en el Libro Segundo “De los Delitos”, Título I “Contra las Personas”, Capítulo “Delitos contra la vida” a través de los artículos 85, 86, 87 y 88. El texto de los artículos es el siguiente:

Artículo 85: El que causare un aborto será reprimido:

1º. Con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

2º. Con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se elevará a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

Artículo 86: Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º. Si 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;

2º. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Artículo 87: Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare.

Artículo 88: Será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible.

La redacción del primer inciso del artículo 86, da lugar al denominado “aborto terapéutico” y habla de dos supuestos de peligro, para la vida o para la salud, pero esta última noción ha sido cuestionada en los ámbitos judiciales. De esta manera según Chiarotti, Jurado y Schuster (1997:37) “la interpretación jurisprudencial omite considerar y distinguir los dos supuestos, exigiendo siempre la existencia de peligro para la vida. Ello se trasluce en que, curiosamente, la doctrina y jurisprudencia exigen “grave peligro”, cuando la ley no agrega ni exige el requisito de gravedad”.

También la redacción del segundo inciso del artículo 86 ha dado y da lugar a diversas interpretaciones. El debate es si la no punibilidad del aborto en caso de

violación concierne a todas las mujeres o sólo a aquellas con problemas mentales. Sobre estos casos de aborto denominado “eugenésico” suele requerirse —desde una lectura restringida del Código— que la mujer violada sea además “idiota” o “demente” para considerarlo no punible. Desde una perspectiva jurídica amplia y respetuosa del Código Penal, Bergallo (2008) sostiene que se “despenaliza” el aborto a través del segundo párrafo del artículo 86, estableciendo que el aborto no será punible tanto en caso de violación como en el caso de atentado al pudor de una mujer “idiota” o “demente”. Sobre este debate señala Maffía que

[...] al momento de redactar el Código, se copió este artículo de un código suizo, pero se omitió poner una coma después de la palabra “violación”. Esta coma habría separado claramente las dos condiciones de no punibilidad. Además, se utilizó una traducción inapropiada (“atentado al pudor”) para mencionar otra forma de violación, que no procede del forzamiento físico o la amenaza de la mujer sino de su incapacidad para consentir una relación sexual (Maffía, 2006:155-156).

Para la autora hay dos indicios que señalan que se trata de dos casos: habla de una violación o de un atentado al pudor “cometido” contra una mujer idiota o demente, si se tratara de dos acciones sobre la misma mujer diría “cometidos”; y la condición de “consentimiento de la mujer encinta” es previa a los dos incisos, lo que implica que se refiere a ambos.

Además de estas diversas interpretaciones del Código Penal, el Código Civil a partir de la referencia a las personas por nacer, y la Constitución Nacional, fundamentalmente en lo referente a la incorporación de los Tratados Internacionales, también son interpretados con diferentes criterios. Por lo tanto, como señalan Petracci y Pecheny (2007:159) “si bien el texto que determina el estatus legal vigente es el Código Penal, no hay unanimidad acerca de las interpretaciones en materia de aborto que se desprenden de nuestra Carta Magna, el cuerpo jurídico de mayor jerarquía y los tratados internacionales a ella incorporados”.

Otra normativa que influye en la actuación de los profesionales de la salud es la Ley de Ejercicio de la Medicina (17132/67). Los profesionales han exigido históricamente autorización judicial para realizar abortos no punibles por temor a ser procesados por el delito de aborto o mala praxis. Ese temor se basa en las disposiciones

contradictorias que regulan su ejercicio en el ámbito público: por un lado, el deber de denunciar los “delitos perseguibles de oficio”⁶⁶ y por otro el “secreto profesional” — reglamentado además en la ley de Ejercicio de la Medicina (artículo 11) y en el Código Penal Argentino (artículo 156)— que establece penas de multa e inhabilitación especial a todo aquel que por su estado, oficio, profesión o empleo tuviera noticia de un hecho y lo revelare sin justa causa. El debate que abre cada situación es cuál es la “justa causa”.

El derecho positivo argentino se ha inclinado por adoptar una forma de secreto médico calificado como intermedio, ecléctico o relativo donde los profesionales, mediante el estudio de cada caso en particular, asumen la responsabilidad de considerar válida o no la causa para no guardar sigilo. Este tema ha originado opiniones disimiles y tan discutida es la cuestión que hasta existe jurisprudencia divergente respecto del tema. Un caso emblemático fue el plenario “Natividad Frías”⁶⁷, dictado el 16 de agosto de 1966.

Según argumenta Bergallo, luego de la reforma constitucional de 1994 los tribunales se convirtieron en un lugar de la “lucha por el derecho”, pero “éstos resultaron un foro especialmente conservador ante las reivindicaciones vinculadas al aborto. Con frecuencia, contribuyeron a expandir las prácticas de restricción de su acceso al generar incertidumbres y amplificar discursos conservadores” (Bergallo, 2010a:19). Habitualmente, los jueces alegan que deben limitarse a considerar no punibles a aquellos casos que, una vez realizados, llegan a sus tribunales y, por ende, no se pronuncian antes de que el aborto sea realizado (Motta y Rodríguez, 2001).

⁶⁶. En el artículo 177 del Código de Procedimiento en lo Penal de la Nación se establece que “tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio los funcionarios públicos o empleados públicos que los conozcan en ejercicio de sus funciones, y los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional”.

⁶⁷. En ese caso se sostuvo que ante la vulnerabilidad de la mujer que interrumpió un embarazo y acude al profesional de la salud “el interés público no podría justificar este inhumano dilema: o la muerte o la cárcel” (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de Capital Federal, 1966:2). Tiende a proteger la privacidad y la confianza que la paciente deposita en el médico. Se señala que no puede instruirse sumario criminal en contra de una mujer que haya abortado sobre la base de la denuncia efectuada por un profesional que haya conocido el hecho en ejercicio de su profesión o empleo, dado que la ampara el secreto profesional. Posteriormente, la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Santa Fe modificó esa jurisprudencia en un fallo de 1998 en el que colocó el derecho a la vida del feto por encima del secreto profesional y sentó precedente en la defensa del feto. En 2007, la Sala V de la Cámara del Crimen ratificó el criterio Natividad Frías, señalando que una mujer que busca auxilio no puede ser enjuiciada.

Un caso particular lo constituye el embarazo de feto anencefálico, incapaz de desarrollar vida extrauterina. Desde el año 2000, la justicia se expidió sobre estos casos denominándolos “adelanto o inducción del parto”. En la Ciudad de Buenos Aires, la sanción de la ley 1044/03 de Embarazos Incompatibles con la Vida clarifica el proceder. El objeto de la ley es regular el procedimiento respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida. Dentro de las 72 horas de la confirmación del diagnóstico de feto inviable⁶⁸ el médico tratante está obligado a informar el diagnóstico y el pronóstico de la patología que afecta al feto, la posibilidad de continuar o adelantar el parto, y los alcances y consecuencias de la decisión que adopte.

La despenalización del aborto es uno de los reclamos más antiguos del movimiento de mujeres, no obstante, no fue tratado aún en el parlamento. Al 30 de junio de 2013, en la Cámara de Diputados de la Nación había 12 proyectos con estado parlamentario vinculados al aborto. Uno es un proyecto de declaración y los once restantes son proyectos de ley. La mayoría tiene como objetivo modificar o derogar el artículo 86 del Código Penal (algunos más acotados que otros). Otros proyectos son en sentido contrario, abogando por la no ampliación de derechos e, incluso, la prohibición de la producción, distribución, comercialización y venta de misoprostol en el país.⁶⁹ En la Cámara de Senadores de la Nación hay ocho proyectos con estado parlamentario: uno es de comunicación, dos son de declaración, uno es de resolución y cuatro son proyectos de ley. Los proyectos de ley están orientados a la modificación del artículo 86 del Código Penal en relación a supuestos de aborto no punible, incluso uno de ellos establece que “la monodroga misoprostol podrá ser utilizada en los casos de aborto no punible regulados en el art. 86 del Código Penal en todo el territorio de la República Argentina”⁷⁰ (Carrasco, 2013).

La Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito ha presentado proyectos de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los últimos años.

⁶⁸. Se entiende que un feto padece una patología incompatible con la vida cuando presenta gravísimas malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer (Artículo 2, ley 1044/03).

⁶⁹. Expediente. 0351-D-2012 de Ivana Bianchi (Frente Peronista, San Luis).

⁷⁰. Expediente. 0118-S-2013, de Elena Corregido (FPV-PJ, Chaco).

El primero fue presentado en el año 2007, en la Cámara de Diputados, con el objetivo de que adquiriera estado parlamentario y darle tratamiento. Como sucedió con la ley de salud sexual y reproductiva durante años, el proyecto fue “cajoneado”, es decir, no fue tratado hasta que perdió estado parlamentario. En el año 2010 fue presentado con más de 33 firmas de diputadas y diputados y apoyo y representación de casi todos los bloques de la Cámara de Diputados (expediente 0998-D-2010), y terminó a fin de 2011 con 51 firmas (Carbajal, 21/03/12). En noviembre de ese año el proyecto fue tratado en la Comisión de Legislación Penal. Si bien había conseguido un dictamen favorable y pasaría a las otras comisiones, dicho dictamen fue anulado. Juan Carlos Vega, presidente de la Comisión, dijo que no existía dictamen favorable ya que había ocurrido un error al contar los votos. A fin de ese año perdió estado parlamentario. En el año 2014, presentó nuevamente el proyecto con la presencia de diputados de diferentes bloques políticos firmantes del proyecto. En esta oportunidad contó con la firma aval de más de 70 diputados y diputadas nacionales tanto del oficialismo como de la oposición. Aún no fue tratado en el recinto.

Desde el Poder Ejecutivo tampoco parece haber intenciones de tratar el tema, según las declaraciones del ministro de Justicia y Derechos Humanos, Julio Alak, “la Presidente decidió que el tema no esté en el debate” (CELS, 2012:384). El senador Aníbal Fernández argumentó, en declaraciones a periodistas, que ahora es imposible sacar el tema del aborto dado el clima social en el país tras la asunción del primer Papa argentino. Incluso Juliana Di Tullio, que se ha manifestado a favor de la despenalización del aborto, en una entrevista antes de asumir como jefa del bloque de Diputados del Frente para la Victoria señaló que “la agenda parlamentaria tiene que ver con las posibilidades fácticas y si hoy hacés un paneo, te garantizo que no existe ni la aproximación a una votación favorable” (Yapur, 2013).

En cuanto a las cuestiones programáticas el tema del aborto, específicamente el aborto no punible (ANP), tuvo mayor visibilidad y tratamiento en los últimos años. El Ministerio de Salud de la Nación elaboró y difundió protocolos y guías técnicas para su tratamiento.

En 2005, por resolución ministerial 989 se aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto y se la incorporó al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.⁷¹

En 2007 difundieron la Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles (ANP). Se pretendía favorecer las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, definir medidas para reducir y eliminar las barreras para el acceso al aborto permitido en distintos niveles de atención, minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad en la atención del aborto en los casos permitidos por la ley. Establecía que la práctica de un ANP debía ser realizada previa constatación por parte de un solo médico de la existencia de alguna de las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación dentro de los cinco días siguientes a la solicitud de la mujer o quien estuviera autorizado a solicitarlo. Para la constatación de los casos de violación o atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente el médico tratante deberá pedir constancia de la denuncia policial o judicial de la violación (Guía Atención Integral de Abortos no punibles, 2007).

Luego, en 2010, se difundió una nueva guía con un cambio fundamental: para los casos de violación alcanzaba con la declaración jurada de la solicitante. Pero esta guía fue objeto de contramarchas. La entonces coordinadora del PNSSyPR, Paula Ferro, dijo que la guía era actualizada y publicada como resolución ministerial.⁷² Juan Manzur, Ministro de Salud, rápidamente manifestó que no había firmado resolución alguna respecto a la Guía técnica para la atención de abortos no punibles. Actualmente, en el sitio del ministerio, se encuentra publicada la versión de junio de 2010 de la Guía técnica para ANP señalando que se trata de una revisión y actualización del documento elaborado por el PNSSyPR durante el año 2007. Para la constatación de los casos de violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente el médico tratante debe pedir que se le exhiba constancia de denuncia de la violación, o que la mujer suscriba una declaración jurada.

⁷¹. Al igual que otros países latinoamericanos el origen de los protocolos de atención del período 2005-2010 ha respondido a la intención de profundizar la garantía al acceso al aborto, a diferencia de los Estados Unidos, donde la regulación de la prestación de servicios de aborto fue parte de una estrategia obstaculizadora (Ramon Michel, Ramos y Romero, 2013).

⁷². El comunicado se encuentra disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Circular-PNSSyPR_Resolucion-Miniserial-Nro-1184.pdf.

Entre los métodos a utilizar, en la Guía se señalan la aspiración manual endouterina (AMEu) o eléctrica, o el aborto con medicamentos (que requieren el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o aborto incompleto), la dilatación y curetaje como última opción.

En el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales, publicado en 2011 por el Ministerio de Salud se hace referencia a la Guía Técnica de ANP y se enfatiza que el embarazo resultado de una violación se encuentra contemplado como una de las causales legales de interrupción del embarazo en el Código Penal. Los profesionales deben informar en estos casos sobre la posibilidad de acceder al ANP y garantizarlo en caso de solicitud.

Por último, se describirán las cuestiones normativas ligadas al accionar del Poder Judicial. A pesar de su penalización, los casos de mujeres y profesionales procesados son excepcionales. En un informe de la organización Human Rights Watch (2005) se menciona haber encontrado dificultades para determinar si había en la Argentina mujeres u otras personas presas. Bergallo (2010a) sostiene, según la respuesta del Ministerio de Justicia de la Nación ante un pedido de información por condenas de aborto tramitado por la Asociación de Derechos Civiles (ADC) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), que entre 1983 y 2009 fueron 22 las mujeres que cumplieron condenas por el delito de aborto en todo el país.

En marzo de 2012 un histórico fallo de la Corte Suprema de la Nación resolvió por unanimidad que los médicos no deben pedir autorización judicial para realizar abortos a las mujeres que fueran víctimas de violación. El tribunal señaló que el aborto deberá ser practicado sin consecuencias penales para el médico ni para la mujer, sólo con la presentación de una declaración jurada, en la que se manifieste que fue víctima de una violación (Boschi, 14/03/12). En la resolución, los jueces Ricardo Lorenzetti, Elena Highton, Juan Carlos Maqueda, Carlos Fayt, Eugenio Zaffaroni, Enrique Petracchi y Carmen Argibay señalaron que el aborto no punible no requiere de la autorización de un juez y por lo tanto no debe ser judicializado. Ricardo Lorenzetti manifestó que esta decisión se limita “a la interpretación del

aborto no punible en el Código Penal” y que apunta a lograr que “se dejen de judicializar” estos casos, en sintonía con las leyes internacionales (Boschi, 14/03/12).

Para asegurar los derechos de las víctimas de violencia sexual exhortaron a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a hacer operativos, mediante diversas normas, los protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles. En el fallo se señala que “la judicialización de esta cuestión, que por su reiteración constituye una verdadera práctica institucional, además de ser innecesaria e ilegal, es cuestionable porque obliga a la víctima del delito a exponer públicamente su vida privada, y es también contraproducente porque la demora que aparece en su realización pone en riesgo tanto el derecho a la salud de la solicitante como su derecho al acceso a la interrupción del embarazo en condiciones seguras” (F.A.L., 13/03/2012).

El fallo fue calificado como histórico, contundente y completo por profesionales de la salud, del derecho y organizaciones sociales. La Iglesia Católica criticó la medida y mostró alarma por el avance del tratamiento del tema. Siguiendo a Bergallo, este fallo indica que la declaración jurada de la mujer en caso de violación es suficiente, “pedir opiniones a comités de bioética o de otro tipo es ilegal, en tanto impone requisitos no fijados legalmente y que al mismo tiempo tienen la capacidad para afectar derechos constitucionales como la privacidad y la salud” (Carbajal, 23/03/12).

Las reacciones en las provincias fueron diversas. De acuerdo a un informe de la Asociación por los Derechos Civiles (ADC, 2013) la situación es la siguiente: las provincias de Chaco, Chubut, Jujuy, Santa Fe y Tierra del Fuego son las que se ajustan a lo dispuesto por la Corte. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Buenos Aires, Río Negro y Salta obedecieron parcialmente a la exhortación de la Corte. Neuquén tiene protocolo desde 2007, pero es más restrictiva la interpretación que la del fallo. En Río Negro se está tratando la adecuación al fallo. Por último, no han cumplido hasta ahora con lo dispuesto por la Corte las provincias de Catamarca, Corrientes, Formosa, La Rioja, Mendoza, Misiones, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán. Tampoco cumplió el Estado nacional ya que la Guía no fue firmada como Resolución

para poder dar mayor jerarquía y tampoco se abordó el tema en el Consejo Federal de Salud (Véase en Anexo III el detalle de la situación de cada provincia).

Específicamente en las regiones que son ámbito de estudio de la Tesis se dan dos situaciones diferentes. En la Ciudad de Buenos Aires regía un protocolo desde 2007, con una interpretación restrictiva de los permisos para abortar, limitado a los casos de violación a las mujeres con discapacidad mental.

La Comisión de Salud de la Legislatura trató dos proyectos diferentes, uno del PRO y otro consensuado por la oposición, el 4 de setiembre de 2012 y el resultado fue la emisión de un dictamen que ampliaba el tratamiento en comisión del proyecto para adecuar la legislación de la Ciudad al fallo de la Corte (Carbajal, 05/09/2012). A los pocos días, el Ministro de Salud Jorge Lemus lo reglamentó por decreto (resolución 1252). Luego renunció al cargo.

En esta resolución establecía condiciones que no están previstas en el Código Penal, como el límite de 12 semanas para la realización de los ANP, la consulta con un comité interdisciplinario y que los médicos puedan declararse objetores en cada caso. En este sentido, Bergallo señala que las reglamentaciones ya existentes que sean más restrictivas que lo que estableció la Corte Suprema son inconstitucionales y deben ajustarse a los tratados de derechos humanos ratificados por la Argentina y al texto de la Constitución (Carbajal, 23/03/12).

Además, el Jefe de Gobierno porteño Mauricio Macri, anunció en un evento la realización del primer aborto en la Ciudad de Buenos Aires. Una asociación provida recurrió a la Justicia y la jueza Myriam Rustán de Estrada dispuso la suspensión de la interrupción. Luego de este episodio, comuneros y legisladores denunciaron a Macri por incumplimiento de deberes de funcionario público y a la jueza ante el Consejo de la Magistratura por su intervención arbitraria e irregular (dado que el pedido no pasó por mesa de entradas para el sorteo de juzgado). También renunció el director del Hospital Ramos Mejía, Carlos Mecaú, donde debía llevarse adelante la intervención. Finalmente el aborto no punible fue autorizado por la Corte Suprema y pudo ser realizado.

El 27 y 28 de setiembre de 2012 la Legislatura volvió a debatir el tema y sancionaron la ley 4318 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación o riesgo de vida para la madre, sin autorización judicial previa (30 votos a favor y 29 en contra), en consonancia con el fallo de la Corte. La ley sancionada por la Legislatura porteña fue vetada por Macri el 22 de octubre de 2012 (decreto 504).

El proceso ministerial tampoco se cumplía dado que María Rachid y Andrés Gil Domínguez interpusieron un amparo pidiendo la inconstitucionalidad de varios artículos del decreto firmado por Lemus y fue concedida parcialmente una medida cautelar. En abril de 2013 la jueza Patricia López Vergara firmó otra medida cautelar en el marco de un amparo colectivo de ELA, CELS, ADC y la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), que pidieron que se declare la inconstitucionalidad de los requisitos ilegítimos incluidos en la resolución ministerial. En esta nueva cautelar estableció que los médicos no requerirán la acreditación de insania ni acreditación de gravedad del riesgo para la salud o la vida de la mujer embarazada para realizar los abortos no punibles, considerando que la resolución firmada por Lemus significaba un “exceso reglamentario”.

A principios de 2013, el juez Roberto Gallardo declaró inconstitucional el veto de Mauricio Macri a la ley sancionada por la Legislatura en setiembre. Repuso la ley vetada, y ordenó la publicación en el Boletín Oficial, quedando vigente la norma que garantiza la realización del aborto no punible a las mujeres cuyo embarazo implique un riesgo para su vida o su salud, o que provenga de una violación. La Corte Suprema de Justicia ordenó que se investigue a la organización provida y a la jueza Rustán de Estrada (quien renunció a los pocos meses). Además de demostrar las irregularidades judiciales y de funcionarios públicos, esta situación genera mayor confusión e incertidumbre en los profesionales de la salud frente a los ANP.

En la provincia de Buenos Aires, en enero de 2007, a través de la resolución 304 se aprobó el Protocolo para practicar abortos en los hospitales públicos. En julio de 2012, por resolución ministerial 3146, se presentó un nuevo Protocolo de Atención Integral de los Abortos no punibles, adecuándose al citado fallo de la Corte Suprema: en el sistema de salud bonaerense se podrán realizar abortos por casos de violación, sin necesidad de autorización judicial. Se manifiesta en este nuevo

protocolo que con anterioridad al fallo de la Corte se hacía una interpretación restrictiva del artículo 86 del Código Penal: “La Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo citado realiza una interpretación amplia concluyendo que “el supuesto de aborto no punible contemplado en el inc. 2 del art. 86 comprende a aquel que se practique respecto de todo embarazo que sea consecuencia de una violación; con independencia de la capacidad mental de su víctima” (Protocolo ANP provincia de Buenos Aires, 2012). Así, enfatiza en que no implica ninguna responsabilidad administrativa, civil, ni penal para el equipo de salud.

3.2 Los actores

La discusión del aborto se ha dado en forma discontinua y fragmentaria (Petracci, 2004/2011). En general, el debate no es tal sino la exposición, argumentación y defensa de dos posturas en apariencia irreconciliables. En un polo, distintas organizaciones de la sociedad civil a favor del aborto. Bajo el lema “Educación Sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, y aborto legal para no morir”, el movimiento de mujeres, académicos, periodistas y algunos profesionales de la salud se movilizan en defensa de los derechos de las mujeres.

En el polo opuesto, defendiendo la penalización del aborto se encuentran las autoridades de la Iglesia Católica y sus aliados intelectuales y políticos, en defensa del “derecho a la vida”. El argumento utilizado es que el derecho a la vida que asiste a la persona por nacer sería de carácter absoluto (Minyersky, 2009). Tanto los actores a favor como en contra de la despenalización actuaron de diversas formas en las etapas del recorrido normativo desarrollado anteriormente.

La primera discusión de la clase política sobre aborto fue durante la reforma de la Constitución de 1994, basada en la inclusión o no del articulado que garantizara el “derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural” (Petracci, 2004). Este acontecimiento dio lugar a la constitución de Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL) “como respuesta a la articulación y acción de una alianza conservadora en materia de aborto y derechos sexuales y reproductivos” (Gutiérrez, 2000:83), que luego de determinadas acciones frente a la reforma constitucional, a la media sanción de la ley de Salud Reproductiva en 1995 y a la

Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, fue atravesada por el alejamiento de sus integrantes y fue dejando de actuar.

Luego el aborto volvió a estar fuera de la agenda, reapareciendo esporádicamente en algunas circunstancias puntuales: en 2003 por las declaraciones del juez de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Eugenio Zaffaroni, instando a un debate sobre el tema; en 2004 ante el nombramiento de la jueza Carmen Argibay (declarada atea y a favor de la despenalización); en 2005 por las declaraciones a favor de despenalizar el aborto del Ministro de Salud Ginés González García, al relacionarlo con las altas tasas de mortalidad materna. No obstante, más que un debate fueron interrupciones en la agenda pública (Petracci, 2004/2011).

En 2005, desde la sociedad civil, más de setenta organizaciones lanzan la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. A partir de las actividades realizadas a nivel nacional y las campañas, el tema del aborto incluyó otras perspectivas en el debate. Comenzaron a desarrollar además las acciones de incidencia en el debate parlamentario mencionadas en el apartado anterior.⁷³

Más recientemente, la organización Lesbianas y feministas por la Descriminalización del aborto —un grupo que nuclea personas provenientes del feminismo, del movimiento LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans), de derechos humanos y de izquierda— creó una línea telefónica para brindar información sobre aborto. La línea, llamada “Aborto: más información, menos riesgo”, es un celular al cual es posible comunicarse todos los días del año.⁷⁴ También editaron un manual “Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas”, en el cual difunden información actualizada, de fuentes médicas, científicas, estatales y sociales para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas. Manifiestan claramente que

⁷³. Otros documentos sobre el tema son la recomendación general sobre discriminación en la atención sanitaria de casos de aborto legales y tratamiento postaborto, del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI, 2007) y una guía de la Organización Mundial de la Salud con recomendaciones médicas con el objetivo que los servicios de salud garanticen la interrupción del embarazo de manera segura (y de acuerdo a la legislación vigente) (OMS, 2012). El organismo señala que el costo de agregar la atención del aborto seguro a los servicios de salud probablemente sea menor que el derivado de la atención de las complicaciones.

⁷⁴. Experiencias similares, basadas en la información para la realización de abortos con pastillas, se desarrollan en Chile, Perú, Ecuador y Venezuela. Algunas organizaciones están agrupadas en la Red de Experiencias Autónomas de Aborto Seguro (Drovetta, 2013).

no reemplazan a los médicos: “no recomendamos, no indicamos tratamientos, no evaluamos casos particulares ni diagnosticamos. Tampoco vendemos ni recetamos medicamentos” (Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto, 2012:12). La información es principalmente sobre el aborto con misoprostol, denominado medicamentoso.

Otra experiencia es la del Programa “Te Acompañamos” llevado adelante por profesionales del Hospital Castro Rendón de Neuquén y activistas del Colectivo Feminista Las Revueltas, y su servicio Socorro Rosa de información y acompañamiento a mujeres que deciden abortar con misoprostol.

Una organización holandesa, Women on Waves, ofrece por internet el envío internacional del medicamento, y si bien muestra el beneficio de las tecnologías en este tipo de situaciones, el acceso es limitado ya que se debe contar con tarjeta de crédito para realizar la compra.

Mujeres de distintos puntos del país realizaron una campaña por la despenalización del aborto a través de la Red Informativa de Mujeres de Argentina (RIMA), denominada “Yo aborté” que consistía en contar las experiencias de abortos clandestinos. Muchas de estas iniciativas tuvieron origen o se vieron impulsadas a partir de los Encuentros Nacionales de Mujeres, encuentros que se realizan ininterrumpidamente desde 1986. La modalidad planteada es la realización de talleres sobre diversos temas y se rota año a año el lugar de realización (Alma y Lorenzo, 2009). En los últimos años también se movilaron varones como el colectivo de Varones Antipatriarcales y Varones por el aborto legal, seguro y gratuito; que retoman las reivindicaciones del movimiento feminista intentando problematizar el lugar que el modelo de masculinidad hegemónico les ha asignado.⁷⁵

No toda la Iglesia entiende el estar “a favor de la vida” de la misma forma, y algunas organizaciones católicas se manifiestan a favor de la despenalización del aborto. Católicas por el Derecho a Decidir, como se mencionara antes, es un claro ejemplo de un movimiento dentro de la Iglesia Católica con otra posición frente al aborto.

⁷⁵. Para más información véase <http://colectivovaronesantipatriarcales.blogspot.com.ar> y <http://varonesporelabortolegal.blogspot.com.ar>.

También han manifestado posiciones encontradas desde la corporación médica. Ante temas como la anticoncepción y el aborto, los profesionales nucleados en SOGIBA no siempre estuvieron de acuerdo (Felitti, 2007). Ni esta, ni otras sociedades científicas solían emitir opinión institucional al respecto (Ramos et al, 2001). La postura de profesionales de la salud ha sido la de judicializar los casos. Las demoras en el sistema judicial generaron que los casos sean tratados luego del plazo establecido para la realización de un aborto sin riesgo, que es de doce semanas. Esa dilatación suele conducir a la continuación del embarazo. Este accionar de profesionales y jueces perjudica a las mujeres y vulnera sus derechos a la vida, la salud, la integridad, y la autonomía personal, a no sufrir discriminación, a la igualdad y la justicia. Raras veces las mujeres pueden acceder a un aborto legal y seguro aún en los casos de no punibilidad (Zamberlin, 2010). Principalmente, las más afectadas son las mujeres pobres, sin recursos para litigar ni para acceder a un aborto en clínicas privadas.

En 2001, una investigación sobre la opinión de médicos, daba cuenta que dos de cada tres encuestados (65,3%) —sin diferencias significativas según sexo, edad y localización geográfica del hospital— respondía que el aborto era un problema muy relevante para la salud pública del país (Ramos et al, 2001). En 2012, la Alianza Argentina Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño (ASUMEN)⁷⁶ se pronunció por el acceso al aborto no punible señalando que “nuestro país cuenta con un marco jurídico para el abordaje del aborto no punible, pero lamentablemente se lo está asumiendo en forma soslayada” y por lo tanto morir por complicaciones del aborto es una expresión de vulneración de derechos y exclusión en la que “todos somos responsables: desde el Estado al no asegurar los mecanismos para que se cumplan las leyes vigentes hasta los prestadores de servicios de salud que no cumplen con su mandato profesional, tal como reza el juramento hipocrático” (ASUMEN, 2012).

⁷⁶. Conformada por: Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Federación Argentina de Enfermería (FAE), Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Argentina, Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISAP), Colegio Obstétricas Provincia de Bs.As. y Federación Argentina Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO).

En un análisis de los discursos sociales en medios gráficos Cuberli et al (2011) describen que en términos generales “son dos las articulaciones que estructuran el campo hegemónico del debate y que arrastran los sentidos posibles del aborto: “despenalización del aborto” y “penalización del aborto”. Para los períodos analizados las autores identifican los regímenes de verdad (discursos hegemónicos): en 1998 será llamado “nacional y moral”; entre 2002 y 2004 el régimen de verdad que domina el campo será llamado, siguiendo a Lois y Cosoy (2005), “nacional y de derecho”. Con respecto a 2008, los discursos se organizan bajo el eje que denominan “cumplimiento de derechos”. En este último priman los debates sobre el aborto no punible. En el tratamiento del tema hay un eje central, el estatuto del embrión, es decir, el debate sobre el origen de la vida. Este tema es compartido con fertilización asistida y anticoncepción de emergencia y, en los tres casos, “el planteo se lleva al plano de lo moral y es acompañado por las posturas que, predominantemente, ofrece la Iglesia Católica” (Cuberli et al, 2011:209).

Respecto de la opinión pública, se refleja un consenso estable de la ciudadanía no permisivo y no prohibitivo: la mitad acuerda con la despenalización en “algunas situaciones”, la otra mitad se divide entre la aceptación/no aceptación absolutas (Petracci, 2004/2011). Frente al planteo de un conjunto de circunstancias en las cuales una mujer embarazada podría querer interrumpir el embarazo, el acuerdo es intenso en las situaciones de violación y de riesgos para la salud física, y en menor medida psíquica, de la mujer. El desacuerdo es mayor frente a “motivos electivos” (si la mujer fue abandonada por la pareja, si la mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo, si la mujer carece de recursos económicos para la crianza del futuro hijo/a, si la mujer no desea tener ese hijo/a) (Petracci, 2004/ 2009/ 2011). Otra encuesta realizada por Ibarómetro en 2012 da cuenta que casi seis de cada diez argentinos está de acuerdo con que el aborto sea legal, pero la mayoría cree que la mayoría desapruueba su despenalización (Carbajal, 5/11/12). Tal como señala Silvina Ramos en una entrevista (Página12, 17/10/12) “el aborto se ha convertido en un tema de agenda pública en la Argentina y esto no tiene marcha atrás”.

Los mayores avances se produjeron en el tratamiento del aborto no punible. La influencia de la Iglesia Católica, las dificultades para obtener información certera para realizar abortos medicamentosos y la violencia institucional hacia las mujeres

que recurren con abortos incompletos son las situaciones mencionadas en este recorrido que se reflejan con mayor intensidad en las trayectorias de los entrevistados que se analizarán en los próximos capítulos.

La descripción de la historia recorrida y el contexto actual de la anticoncepción y el aborto, particularmente en el AMBA ámbito donde se desarrolla el estudio empírico cuyo análisis se detalla en los capítulos siguientes, permite conocer el marco normativo y programático en el que se enmarcan las trayectorias de los entrevistados, a la vez que el accionar de los diferentes actores en pos de su modificación y/o cumplimiento. Los nudos problemáticos reseñados se reflejan en las experiencias de los entrevistados, afectando la garantía de los derechos: las dificultades iniciales en la implementación de programas de salud sexual y reproductiva, la ausencia de educación sexual, la objeción de conciencia aducida por profesionales de salud, la influencia de la Iglesia Católica, los amparos judiciales para evitar la distribución de métodos anticonceptivos, las dificultades para obtener información certera para realizar abortos medicamentosos y la violencia institucional hacia las mujeres que recurren al sistema de salud por complicaciones de un aborto.

Las tendencias observadas en la fecundidad y la diferencia según el nivel educativo también se evidencian en las trayectorias de los entrevistados. La escasa o nula educación sexual y las barreras de acceso a los métodos anticonceptivos mencionadas dan cuenta de que los derechos sexuales y reproductivos de algunos sectores de la población siguen siendo vulnerados. La participación del varón en la anticoncepción, solo alentada en la letra de los programas pero con escasas acciones para lograrla, se visibiliza en los relatos de los entrevistados a partir de su despreocupación por el tema y la consideración de que es un tema de las mujeres. De la misma manera se refleja que la penalización no define la realización o no de un aborto, sino la forma de realizarlo; que varía de acuerdo al nivel socioeconómico de los sujetos y a la posibilidad de contar con redes de información y contención.

PARTE IV

RECORRIDO METODOLÓGICO

“Frente a los dominantes paradigmas deductivos y materialista histórico que reproducen el modelo de conocimiento aplicable a las ciencias naturales, surgieron los interpretativos que buscan indagar y crear categorías de conocimiento a partir del sentido, la comprensión, las interacciones y la interpretación que las personas y los actores sociales hacen de sus vidas y sueños”

(Fortunato Mallimacci, 2008:79)

OBJETIVOS Y ABORDAJE METODOLÓGICO

En esta parte se presentan los objetivos y el abordaje metodológico de la Tesis. Se divide en dos capítulos. En el primero se describen el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis. En el segundo se describen las diversas etapas de la investigación y el proceso de conformación de los perfiles no reproductivos.

Capítulo 1: Objetivos e hipótesis

El objetivo general fue conocer y comprender la configuración de las trayectorias anticonceptivas y las situaciones de interrupción voluntaria del embarazo frente al desarrollo técnico en mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Específicamente se indagaron las continuidades y los cambios en la no reproducción a partir del desarrollo científico-técnico en el contexto de la sociedad del riesgo global.

Se compararon mujeres y varones heterosexuales de dos grupos etarios (18 a 27 y 40 a 49 años), de diferente nivel socioeducativo (considerando aquellos con escolaridad hasta secundario incompleto, estratos populares, y aquellos con secundario completo y más, estratos medios). Los adultos atravesaron parte de sus trayectorias reproductivas/no reproductivas aún en los parámetros de la sociedad industrial; mientras que los jóvenes iniciaron estas trayectorias en el contexto de la denominada sociedad del riesgo global. Siguiendo a Sartori (1999:35) “comparar implica asimilar y diferenciar en los límites [...] entre entidades que poseen atributos en parte compartidos (similares) y en parte no compartidos”.

Los objetivos específicos fueron:

Conocer y comparar las circunstancias y los motivos de elección de métodos anticonceptivos tradicionales y modernos.

Describir y caracterizar los motivos y los circuitos recorridos para la interrupción del embarazo.

Conocer y comparar los motivos de elección de métodos de interrupción del embarazo tradicionales y modernos.

Identificar las modificaciones resultantes de los cambios científico-técnicos en la anticoncepción y en el aborto.

Las hipótesis de trabajo que guiaron esta investigación fueron:

1. En las decisiones no reproductivas se transitó un recorrido hacia una primacía en la autodeterminación y la apropiación de derechos en el marco de biografías individualizadas y autoconstruidas. En ese tránsito hay reminiscencias de la primera modernidad y saltos a la segunda, marchas y contramarchas.
2. El desarrollo de la técnica está presente en las trayectorias no reproductivas: la disponibilidad de una mayor variedad de métodos anticonceptivos y la modificación en los procedimientos para interrumpir un embarazo, que en buena medida son su resultado, posibilitan menos riesgos para la salud de las mujeres y favorecen la autodeterminación en la toma de decisiones para evitar la reproducción, aún en contextos marcados por las desigualdades sociales.
3. La utilización de la técnica en las trayectorias no reproductivas difiere según el nivel socioeducativo —el mayor nivel no sólo implica más acceso a la técnica sino también más profundidad en el conocimiento de su aplicación— y el género —más vinculación cognitiva y sensible de las mujeres con las técnicas en tanto las mismas son aplicadas en sus cuerpos—.

Las hipótesis planteadas tienen sustento en los diferentes recorridos previamente desarrollados. Los recorridos teóricos nutren a la primera hipótesis de trabajo. Por su parte, la segunda hipótesis de trabajo se deriva de los recorridos conceptuales y los recorridos contextuales. La última hipótesis de trabajo se basa en los recorridos conceptuales y en el recorrido metodológico, fundamentalmente en los criterios elegidos para la conformación de la muestra. En esta Tesis se buscó rescatar y comprender las marcas emergentes de los cambios ocurridos por el desarrollo científico-técnico en las narrativas sobre las trayectorias no reproductivas.

Se toma la definición de trayectoria de Bourdieu (1995:384) entendida “como una manera singular de recorrer el espacio social, donde se expresan las disposiciones del habitus”. El concepto de habitus permite relacionar las estructuras objetivas (la

posición en la estructura social) y las subjetivas (esquemas de percepción, de pensamiento, de acción, que interiorizan lo objetivo) superando la dualidad objetividad/subjetividad y es definido como “[...] sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones” (Bourdieu, 2007:86).

Si bien el habitus hace que los agentes se comporten de una cierta manera en ciertas circunstancias (Bourdieu, 1987) tiene una parte ligada con lo impreciso que refleja la diversidad en la homogeneidad, el estilo “personal” que se manifiesta en cada trayectoria individual. Las trayectorias vitales de cada individuo abarcan diferentes ámbitos que son interdependientes; en las trayectorias no reproductivas (anticonceptivas y situaciones de interrupción del embarazo) se entrelazan, entre otras, las laborales, las educativas, las afectivas, las habitacionales.

Capítulo 2: Abordaje metodológico

El abordaje metodológico fue cualitativo, por ser el apropiado para indagar las perspectivas subjetivas, las historias, los comportamientos, las experiencias, las interacciones, las acciones y los sentidos asignados. Se enmarca en el paradigma interpretativo dado que se considera a la sociedad como una producción humana y que el mundo de la vida constituye el contexto en el que se dan los procesos de entendimiento que posibilitan la interpretación de las acciones humanas (Habermas, 1985), por tanto la interpretación es de forma situada, es decir, en el contexto particular en el que tienen lugar los fenómenos (Vasilachis, 2006).

La investigación cualitativa es “naturalista”, se interactúa con las personas en su propio ambiente (Denzin y Lincoln, 1994:2 en Vasilachis, 2006:24); y privilegia lo profundo sobre lo superficial, lo particular sobre las generalidades y lo intenso sobre lo extenso (Vasilachis, 2006:49).

Se trabajó con entrevistas en profundidad, entendidas como una instancia de interacción abierta y no directiva (Mallimaci y Béliveau, 2006; Ameigeiras, 2006), que

recorren las trayectorias de los entrevistados —con énfasis en la anticoncepción y el aborto—. La articulación conceptual plasmada en las nociones de *habitus* y trayectoria se refleja metodológicamente a partir de la narración de las experiencias, del testimonio de los sujetos, “[...] dotando así de cuerpo a la figura del actor social” (Arfuch, 2002:17). Siguiendo la definición de testimonio de Beverley puede decirse que es:

[...] una narrativa [...] contada en primera persona por un narrador que es también un protagonista o testigo real de los eventos que él o ella cuenta [...]. La situación de narración en el testimonio envuelve una urgencia de comunicar, un problema de represión, miseria, subalternidad, encarcelamiento, lucha por la supervivencia, implicado en el mismo acto de la narración (Beverley, 2004:103).

En la narración de la experiencia en primera persona que es el testimonio se combinan las vivencias del ser individual y social. En ese recuerdo de la experiencia no sólo se recupera el pasado sino que se actualiza el presente, y en algunas ocasiones se evalúa su relación con el futuro. Los entrevistados narran su experiencia a alguien que está interesado en escucharlos —en muchos casos eso sucede por primera vez—, y a la vez reinterpretan, justifican y evalúan el pasado a través del presente.

Particularmente sobre las experiencias de aborto, se optó por referir a testimonios, ya que las narrativas significan en muchas oportunidades narrar lo sucedido frente a una injusticia o una cadena de injusticias: la ausencia de prevención del embarazo (por falta de educación sexual, por ausencia o ineficiencia de la política de salud sexual y reproductiva, por falta de asistencia frente a situaciones de violencia); la mala atención médica (amenazas y castigos de los profesionales, demora en la atención y sufrimiento en el procedimiento de realización o culminación del aborto), entre otras. Las situaciones de interrupción del embarazo se podrían encuadrar en los territorios conflictivos que señala Oberti (2009:126) “donde las controversias sobre lo que se recuerda y cómo se recuerda ponen en evidencia diferencias de interpretación sobre el pasado, pero también distintas visiones sobre el presente y el futuro”. Por ejemplo, qué motivos o qué contexto se recuerda al tomar la decisión de interrumpir el embarazo suele diferir en los miembros de una pareja, o entre quienes estuvieron involucrados o presionaron/obligaron la toma de decisión. Esas

situaciones, la posibilidad de decidir, la posibilidad de opinar y manifestar el deseo propio, configuran las interpretaciones del pasado y su articulación con el presente.

El enfoque biográfico (Bertaux, 1980) y particularmente los relatos de vida (Kornblit, 2004a), se constituyen en una herramienta privilegiada para conocer la experiencia de los individuos y el contexto en que se desarrolla. Los relatos de vida son entendidos como “narraciones biográficas acotadas al objeto de estudio del investigador [...] se centran en un aspecto particular de esa experiencia” (Kornblit, 2004a:16). En el caso de esta Tesis, centrados en las trayectorias no reproductivas.

Para la realización de las entrevistas se siguió una guía de pautas semiestructurada que permitió sistematizar los temas indagados, a la vez que introducir temas nuevos si los entrevistados los manifestaban. Por tanto, se trató de fuente primaria de información. Los temas de la Guía de Pautas, de acuerdo a los objetivos, fueron:

- Presentación de la investigación y consentimiento informado.
- Elección de las parejas sobre las cuales conversar en la entrevista.
- Características y tipo de la relación de pareja (edades, forma en que se conocieron).
- Recuerdos de la primera relación sexual (lugar, edades, contexto).
- Sentimientos asociados a la primera relación sexual.
- Anticoncepción en la primera relación sexual (uso/no uso de MAC, motivos, tipo, decisión, responsable de la anticoncepción, problemas, etc.).
- Anticoncepción en la relación de pareja (uso/no uso de MAC, cambio de MAC, abandono de MAC y motivos).
- Situaciones de embarazo (contexto, situación de pareja, forma de corroborarlo, recuerdos y sentimientos asociados a ese momento).
- Situaciones de interrupción del embarazo (contexto, recuerdos).
- Proceso de decisión de la interrupción (recorridos para tomar la decisión, consenso/disenso en la pareja, modalidad de resolución).
- Motivos y sentimientos frente a la interrupción del embarazo.
- Circuito recorrido para la interrupción del embarazo (tipo de procedimiento utilizado, forma de conocimiento, acompañamiento).

Estos temas fueron desarrollados para las diferentes parejas de los entrevistados (elegidas por ellos al principio de la entrevista pero con carácter flexible, es decir, podían modificarlo en el transcurso de la conversación). También incluyó preguntas sociodemográficas. Se adjunta el modelo de la Guía de Pautas utilizada (Anexo IV).

En síntesis, el abordaje cualitativo a partir de entrevistas, centrado en el enfoque biográfico en lo que respecta a las trayectorias afectivas, sexuales, anticonceptivas y las situaciones de aborto, fue el adecuado para abordar las trayectorias no reproductivas de los entrevistados, las cuales fueron elaboradas a partir de sus testimonios y de los hechos que cada uno consideró relevantes.

La investigación de esta Tesis fue desarrollada en tres etapas descriptas a continuación.

2.1 Trabajo de campo, situaciones de entrevista y primeros resultados

Se realizaron 60 entrevistas en profundidad a mujeres y varones en el marco de la investigación regional socioantropológica “Heterosexualidad, anticoncepción y aborto” (HEXCA), cuyo objetivo fue analizar el proceso de decisión y las trayectorias sobre anticoncepción y aborto. La investigación fue realizada en Bogotá, Buenos Aires y Río de Janeiro⁷⁷, en el año 2008. La muestra fue no probabilística por cuotas.⁷⁸

La búsqueda de los entrevistados⁷⁹ se inició a partir de la técnica “bola de nieve”, que consiste en la capacidad de encontrar un conjunto de individuos con las características previstas, quienes serán los informantes para identificar a otras personas con las características requeridas por la investigación; proceso que se repite sucesivamente dependiendo del tamaño de la muestra buscado inicialmente y

⁷⁷. La investigación fue coordinada por María Luisa Heilborn, del Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM-IMS-UERJ). Las investigaciones en cada país fueron coordinadas por Mara Viveros Vigoya (Bogotá, Colombia), Mónica Petracci (Buenos Aires, Argentina) y María Luisa Heilborn (Río de Janeiro, Brasil).

⁷⁸. Para el armado de las cuotas se consideraron los siguientes criterios: haber pasado por al menos una experiencia de aborto; edad (18-27; 40-49 años), sexo (mujeres y varones heterosexuales), nivel socioeconómico (estrato medio bajo y estrato medio alto); y zona de residencia (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires) (Petracci y Mattioli, 2010).

⁷⁹. Parte de las notas de campo fueron realizadas por la autora y por Alejandro Capriati en el marco de la investigación HEXCA, coordinada por la Dra. Mónica Petracci.

del principio de saturación teórica, esto es, cuando el contenido de las nuevas entrevistas no permite elaborar nuevas categorías sobre las dimensiones relevantes de la información recolectada (Glaser y Strauss, 1967).

Si bien las dificultades para el armado de una cadena de contactos eran conocidas (Petracci 2005), resultaron aún más complejas, especialmente con los varones de sectores populares. El trabajo de búsqueda de entrevistados y/o de contactos se reinició con cada nueva entrevista, no se logró el efecto cadena de la técnica; lo que permitió diversificar al máximo los informantes.

El primer paso en la búsqueda fue contarles el objetivo de la investigación a familiares, amigos, colegas, compañeros de trabajo, estudios, etc. y pedirles que en caso de conocer a varones o a mujeres que hubieran atravesado la experiencia de aborto en algún momento, los contactaran y consultaran si accederían a ser entrevistados. En esa etapa se encontraron respuestas negativas (indiferencia y evasividad) y positivas (interés por el tema a investigar) (Petracci y Mattioli, 2010).

El secreto que alguna vez se prometió mantener y la preservación de la intimidad frente a personas prácticamente desconocidas se hicieron presentes. Quienes conocían a alguien que había atravesado la experiencia de aborto señalaban haberse enterado de ese hecho por terceros, y no haberlo hablado nunca con las personas involucradas aun cuando fueran de su entorno cercano.

Otra situación fue la de potenciales entrevistados que aceptaron participar en un primer momento pero que posteriormente se excusaron en reiteradas oportunidades.

La búsqueda se orientó también a barrios carenciados, organizaciones no gubernamentales y servicios de salud. En estos casos también se obtuvieron resultados positivos y negativos. A través de vínculos de miembros del equipo se realizaron nuevos contactos y entrevistas en una villa⁸⁰ del Gran Buenos Aires y dos barrios carenciados. Respecto del primer caso, las entrevistadas contactadas en esa oportunidad dijeron conocer muchas mujeres que habían pasado por la experiencia

⁸⁰. Se denomina “villa” a un asentamiento formado por viviendas precarias, generalmente emplazadas sobre terrenos de titularidad pública, de titularidad desconocida o con propietario ausente.

de aborto, que “es muy común en el barrio hacerlo” pero el avance se logró como consecuencia del compromiso de una de las entrevistadas, que transfirió ese compromiso a su entorno, incentivando a participar.

En algunas ocasiones fue difícil pautar el encuentro como consecuencia de las imprevisibles condiciones laborales (*No puedo comprometerme por si me aparece una changa; hoy no porque le cuido los chicos a mi amiga, que le salió un trabajo*) y habitacionales (*Tengo que encontrar el momento en que no haya nadie en casa para hablar de eso*) de las posibles entrevistadas. Esas circunstancias motivaron que algunas entrevistas fueran reprogramadas, pero que otras se perdieran.

En este contexto sólo se pudo entrevistar a un varón. En algunos casos los varones no sabían que sus parejas habían quedado embarazadas y luego abortado o bien el “contacto” no sabía si ellos sabían. Estas circunstancias quedaban comprobadas en los relatos de algunas entrevistadas que señalaron no haberle dicho nada a su pareja sobre el aborto, e incluso pedir que la entrevista se realizara fuera de la casa por temor a que la pareja escuchara y se enterara de lo sucedido.

En un comedor comunitario, el encargado, comprometido con la investigación, señaló que los abortos eran una práctica cotidiana en el barrio, que resultaría fácil contactar a varones. Pero a medida que pasaron las semanas, el contacto se fue desanimando. En varias oportunidades, los varones contactados para entrevistar, que habían pasado por la experiencia de acuerdo al contacto, no contaron su experiencia durante la entrevista. Por esta razón algunas entrevistas realizadas en este barrio no pudieron ser incluidas en la muestra.

Para intensificar la búsqueda de varones en sectores de menores recursos se asistió a los talleres organizados por una ONG sobre sexualidad y anticoncepción en un barrio del sur del conurbano bonaerense y se entabló contacto con un comedor de la zona pero tampoco fue posible concretar entrevistas.

Otra estrategia fue permanecer en la sala del hospital consultando entre las mujeres que esperaban en la guardia de ginecología y en el exterior del hospital. Si bien esta estrategia requería demasiado tiempo ya que eran muchos los casos perdidos antes

de conseguir una entrevista, por esa vía se realizaron tres entrevistas a mujeres de sectores populares. Esta misma estrategia no dio resultados con los varones, confirmando nuevamente que no asisten al sistema de salud en general y a consultorios de salud sexual y reproductiva, en particular.

El contacto con una médica abrió las puertas de un servicio público en Ciudad de Buenos Aires. Concurrimos en varias oportunidades al consultorio, sin poder realizar ninguna entrevista. En los “intentos de entrevista”, la mayor parte de las mujeres refirió que desconocían que estaban embarazadas, que habían acudido al hospital por dolores, y se enteraron allí de la gestación y el aborto en curso. No se puede saber si esa respuesta reflejaba lo que efectivamente les había sucedido o si –al estar en el ámbito hospitalario– lo decían para no contradecirse con lo dicho en el momento de su internación, o por temor a contarlo y ser escuchadas por algún profesional y que eso afecte su posterior atención. Esto sucedió de manera constante en las diferentes visitas por lo que decidimos dejar de concurrir al servicio.

Esas fueron las diferentes estrategias adoptadas para encontrar a los entrevistados; si bien contactarlos fue una tarea ardua, una vez que la entrevista comenzaba las barreras iban diluyéndose. La cuestión legal (penalización del aborto en nuestro marco jurídico actual) no significó un problema en el desarrollo de las entrevistas. Algunos entrevistados no lo habían contado nunca; porque no querían contarlo; porque nadie estaba interesado en escucharlo.

Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de los entrevistados. Sobre los implementos necesarios para el registro de las entrevistas; ni el grabador ni el tomar notas parecieran haber influido; las entrevistas fueron amenas, no daba (en apariencia) lugar a inhibiciones o temores. Luego, fueron desgrabadas (en forma inmediata a la realización de la entrevista y por los mismos entrevistadores) considerando además las notas que dan cuenta de gestos, silencios, lo que las palabras no expresan pero sí lo hace la corporalidad.

Cabe una aclaración sobre los principios éticos respetados a lo largo de toda la investigación. En primer lugar se garantizó el principio de autonomía personal al considerar a los entrevistados sujetos capaces de decidir participar de la

investigación e interrumpirla en cualquier momento, sin tener la obligación de justificar esta decisión (Straw, 2013). Además, se garantizaron el principio de respeto por las personas (al establecer una comunicación y un trato respetuoso), el principio de igualdad (mismo plano entrevistador/entrevistados) y el principio de diversidad (no manifestar opiniones, gestos o cualquier tipo de expresión ante la enunciación de diferentes valores y principios culturales o religiosos por parte de los entrevistados). Por otra parte, se trabajó con el consentimiento informado, en tanto regla ética para quienes realizan investigaciones en ciencias sociales con seres humanos. En él se informaron los objetivos de la investigación, el uso con fines científicos de la información provista y el carácter anónimo de las entrevistas al no tener que revelar la propia identidad (incluso algunos nombres ficticios fueron elegidos por los propios entrevistados) y se expresó que podrían no contestar aquellas preguntas que no quisieran o los incomodaran. El consentimiento informado fue leído a los entrevistados antes de comenzar la entrevista.

Los hallazgos dan cuenta que en el aborto voluntario se intersectan afectividad, sexualidad, contracepción y violencias de distinto tipo en las parejas, las familias, las instituciones de salud y el Estado. En el plano individual y subjetivo plantea a cada persona que atraviesa por esa situación preguntas tanto sobre la vida como sobre la muerte, y en esas reflexiones prevalece la necesidad de resolverlo en un tiempo breve (Petracci y Mattioli, 2010). La pregunta por la interrupción del embarazo “no se plantea sólo en situaciones excepcionales sino que forma parte del proceso desencadenado por la sospecha de un embarazo” (Petracci et al, 2012:165). Además, las decisiones y las prácticas asociadas van más allá de una decisión individual dado que son el resultado de un proceso en el que interactúan diferentes actores sociales con diversos roles y disímiles voces:

Decidirse por la interrupción del embarazo no ha sido en ningún caso algo automático, sino que involucró pensar la propia situación personal presente (pasada y futura, con distintos pesos de aspectos de proyecto personal y situación familiar/socio-económica), de la pareja y familia, con una fuerte determinación a partir de la idea de que hay momentos adecuados y momentos inadecuados o imposibles para tener un hijo/a (Petracci et al, 2012:193).

2. 2 Nuevos interrogantes y segunda exploración

Para la elaboración de esta Tesis, el material empírico de la investigación HEXCA fue revisado —constituyendo una etapa exploratoria de investigación, es decir, adoptando nuevos puntos de observación y pasando de una línea de investigación a otra (Blumer, 1982)— a la luz de nuevas inquietudes: 1) la importancia del desarrollo científico-técnico en la sociedad actual descrita en el marco teórico; 2) el reconocimiento en la bibliografía sobre la diferencia que el uso de misoprostol generó en la práctica del aborto; 3) partiendo de una noción amplia del uso de la técnica en este campo; y 4) la ausencia de una reflexión sobre la técnica por parte de los entrevistados.

Frente a esas inquietudes surgieron otras preguntas que guiaron una nueva exploración del material y la selección del corpus de entrevistas de la Tesis: ¿Cómo son tomadas las decisiones no reproductivas? ¿Cuáles son los argumentos? ¿Qué factores contribuyen en la elección de los métodos anticonceptivos y los procedimientos para interrumpir un embarazo? ¿Cómo es percibido el desarrollo científico-tecnológico en las trayectorias no reproductivas? ¿Cuáles fueron los cambios y las continuidades en la no reproducción?

El análisis de los datos se realizó por medio del procesador de asistencia para el análisis cualitativo Atlas-Ti. Fue desarrollado, siguiendo a Jones et al (2004:5) en sentido “horizontal”, analizando en forma individual cada caso, en el interior del caso; y en sentido “vertical”, es decir analizando las categorías en comparación entre el total de entrevistas.

Se asumieron los criterios de calidad definidos por Guba y Lincoln (1985) para la metodología cualitativa: credibilidad, transferibilidad, seguridad o auditabilidad, y confirmabilidad. La credibilidad se manifiesta en el compromiso asumido a lo largo del trabajo de campo para lograr testimonios ricos y profundos; en la generación de un conocimiento que se fundamente en las construcciones de sentido asignadas por los entrevistados; en la exposición de todas las perspectivas que asumieron en los diferentes temas que emergieron a lo largo de las entrevistas de forma de permitir los diferentes puntos de vista y en la revisión y lectura crítica por parte de investigadores pares, ajenos a la investigación, respecto de las transcripciones de

los testimonios y el análisis e interpretación de los mismos. La transferibilidad se posibilita al describir las características en las cuales se produjeron los conocimientos y permitir transferir en futuras investigaciones, los resultados de la investigación a un contexto similar para comprenderlos. La seguridad o auditabilidad se garantiza dado que se hace explícito el uso de una guía de pautas con los temas indagados, como el procedimiento seguido para obtener la información, a su vez, se cuenta con una transcripción precisa y completa de las entrevistas. De esta forma “se puede auditar si las conclusiones se fundamentan en la información recolectada y de ser así, en cuarto lugar, confirmar, la información presentada, para culminar con un análisis integral de la calidad de la investigación” (Straw, 2013:90).

En la investigación cualitativa el investigador participa e interpreta una actividad situada en un contexto espacio-temporal a partir de los significados que las personas les asignan, estableciendo una estrecha relación con los sujetos entrevistados que obliga a un ejercicio reflexivo; razón por la cual otra de las características de ese tipo de investigación es ser reflexiva (Garfinkel, 1967). La participación del investigador/a hace “explícita la significación dada por los participantes” (Vasilachis, 2006:49), dando lugar a una doble hermenéutica que permite que los conceptos creados para reinterpretar una situación que ya era significativa para los actores, sean apropiados por éstos para interpretar su propia posición (Vasilachis, 1992 /2006).

Por ello, quien investiga cualitativamente es “quien conoce y el medio a través del cual se conoce [...] siendo el/la propio/a investigador/a una fuente de datos” (Vasilachis, 2006:36), y en ese sentido es importante explicitar los propios valores, creencias, expectativas y visiones del mundo y, las propias vivencias, sentimientos y reflexiones que hayan emergido como producto de la interacción con los sujetos investigados. Como investigadora, en las diferentes experiencias de entrevista me sentí invadida por diversos sentimientos:

Sentí curiosidad, porque una conoce los motivos e intereses que la llevaron a elegir el tema de trabajo, pero me preguntaba en cada encuentro qué motivos tenían los entrevistados para hablar de sus experiencias con una desconocida. En algunos casos estaban al tanto de los procesos de las investigaciones sociales; en otros planteaban estar interesados (o solo que no les molestaba) en

colaborar en un trabajo de este tipo; otros decían que querían contarlo para evitarle a terceros atravesar por esa experiencia; y para otros era simplemente la oportunidad de hablar del tema, sin necesidad de dar explicaciones sobre por qué hizo lo que hizo o por qué no lo contó cuando sucedió.

Sentí gratitud, por el tiempo dedicado sin pedir nada a cambio, y por las historias, principalmente en aquellos casos en los que luego de dos horas de conversación pasaba de ser una absoluta desconocida, a una de las pocas personas que conocía su trayectoria no reproductiva, que incluía eventos, situaciones y sentimientos que, según me decían, ni su pareja, ni sus amigos, ni sus hijos estaban al tanto.

Sentí impotencia, injusticia y bronca, frente a los relatos de sufrimiento innecesario, de castigo y de violencia (propios, de médicos, de parejas, de familiares) por haber realizado un aborto.

Sentí la desigualdad, porque las condiciones económicas que llevan a que las mujeres pobres se mueran por la realización de abortos inseguros se materializaba en el lugar de realización de cada entrevista: en casillas más que pequeñas y sin las condiciones habitacionales mínimas; con sus niños cerca, escuchando la entrevista (dándome cuenta que la privacidad es una dimensión ausente en una casilla de dos metros en la que viven seis personas) o en casas de amigas porque tenían que ocultarlo de sus maridos; mientras que otras entrevistas eran realizadas en bares o en el hogar de los entrevistados (estando solos o con los ambientes y las condiciones necesarias para resguardar la intimidad) y sin necesidad de ocultarla.

Sentí la ambigüedad que referían los entrevistados en diversas oportunidades. Algunos señalaron una mezcla de alivio, luego de haber interrumpido el embarazo, y angustia, porque les parecía que no estaba bien o no estaban de acuerdo. Otras señalaron que se sentían mal porque la única opción era atravesar por un aborto, a la vez que felices de sentirse fértiles. Y esa mezcla de sentimientos me acompañó en el recorrido que se plasma en esta Tesis: alivio de terminar este documento y poder difundirlo, y angustia, por saber que —aunque

trate de ser optimista— la despenalización del aborto aún será por un tiempo materia pendiente y, en consecuencia, las mujeres seguirán muriendo.

Por último, considero importante que estas voces den lugar no a una recolección de historias de vida, sino a vivenciar las condiciones que la clandestinidad impone en la realización de los abortos a algunas mujeres. Pretendo que esa construcción del testimonio entre quien habla y quien escucha, que se reflejará en el otro-producto (Arfuch, 2002) que es la Tesis visibilice las múltiples voces en relación a la situación de enfrentar una decisión no reproductiva.

2.3 De las nuevas preguntas a la creación de perfiles

Si bien anteriormente se destacó el enfoque biográfico como método para dar cuenta de los procesos de individualización de los sujetos, esto no significa abandonar la búsqueda de regularidades o casos típicos en el análisis sociológico. Siguiendo a Bauman (2007) los tipos ideales no son descripciones de la realidad social, sino herramientas para su análisis. En esta Tesis se elaboraron a partir de la integración de las diferentes dimensiones analíticas, esto es, relacionando el uso de MAC y la práctica abortiva.

El uso de la técnica en las trayectorias no reproductivas, considerado para agrupar a los entrevistados, fue:

1. Se entiende por uso de “técnica” en la anticoncepción el uso de MAC modernos: anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, anticoncepción transdérmica (parches), métodos de barrera (preservativo masculino y femenino, diafragma), dispositivos intrauterinos, espermicidas, anticoncepción de emergencia, ligadura tubaria y vasectomía. Se considera que no hubo uso de “técnica” si fueron utilizados métodos anticonceptivos tradicionales, tales como el método de lactancia amenorrea (MELA), métodos de abstinencia periódica basados en identificar los días fértiles (método del ritmo o del calendario, método de la temperatura basal o rectal, método del moco cervical o *Billings*), o el coito interrumpido.⁸¹

⁸¹. Para elaborar el listado se consultó la Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil—Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

2. Se entiende por uso de “técnica” en el aborto la realización de dilatación y curetaje o legrado, aspiración, aspiración manual endouterina y los abortos medicamentosos o farmacológicos (inyecciones o pastillas). No se utiliza “técnica” en los abortos con métodos tradicionales (tanto administrados por la propia mujer como por terceros sin capacitación): inducción en el útero de sondas; ingestión de infusiones; lavajes; introducción de pastillas de permanganato de potasio u otras preparaciones con sustancias tóxicas, perejil y objetos punzantes en la vagina; y traumas voluntarios (caídas o golpes intencionales, esfuerzos físicos).⁸²

Siguiendo estos criterios los entrevistados fueron agrupados de acuerdo a la presencia de “técnica” en las trayectorias no reproductivas entre aquellos que:

- No usaron “técnica” ni en la anticoncepción ni en el aborto;
- Usaron “técnica” sólo en la anticoncepción;
- Usaron “técnica” sólo en el aborto;
- Usaron “técnica” en la anticoncepción y en el aborto.

A partir de las nuevas preguntas antes mencionadas se tomó una primera decisión sobre el material empírico que fue excluir del nuevo corpus de entrevistas las de aquellos entrevistados que desconocían el procedimiento seguido para la interrupción del embarazo (excepto un entrevistado que fue excluido porque el aborto se realizó en Francia, donde es legal). Fueron excluidos siete entrevistados: dos mujeres (una de 18 a 27 años y una de 40 a 49 años, ambas de sectores populares) y cinco varones (dos de 18 a 27 años de sectores populares, dos de 40 a 49 años de sectores medios y uno de 40 a 49 años de sectores populares).

Hay dos reflexiones sobre este paso. La primera, de orden metodológico y analítico, basada en la limitación de aquellas entrevistas que al no tener información sobre el método de interrupción del embarazo no permiten analizar los motivos de elección y la valoración de la técnica en la trayectoria no reproductiva. A partir de esta decisión quedaron 53 entrevistas (Véase en Anexo V las características de la muestra).

⁸². Los métodos mencionados provienen del informe *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, The Alan Guttmacher Institute, 1994.

Tomar esa decisión no significa omitir lo que esos datos dicen: desinformación y desconocimiento de las técnicas utilizadas para el procedimiento de interrupción del embarazo. Por eso la segunda reflexión, ligada al desarrollo de la autonomía, es que este dato amerita ser considerado para poder avanzar en el ejercicio de la autonomía de la mujer a la vez que en la participación del varón en las decisiones no reproductivas.

Los resultados de esta primera revisión de las entrevistas se asemejan a los datos descriptos en el recorrido contextual —el 93% de las mujeres sexualmente iniciadas usaron alguna vez métodos anticonceptivos (ENNyS, 2005)—, ya que el uso de la técnica se destaca tanto en la anticoncepción como en el aborto. Como se señaló anteriormente en referencia a la alta proporción de uso de métodos anticonceptivos, la encuesta citada no permite analizar la frecuencia y efectividad del uso (UNFPA/CENEP, 2009). Y esos son los factores diferenciales en las trayectorias de los entrevistados.

Por lo tanto, considerando que las categorías uso/no uso de MAC no muestran los matices y gradientes en las trayectorias no reproductivas, el segundo paso en la revisión del material empírico consistió en analizar la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en los 53 entrevistados. En esta etapa se conformaron tres grupos, de acuerdo a los comportamientos anticonceptivos habituales a lo largo de la trayectoria:

- Trayectorias en las que predomina el no cuidado anticonceptivo (el uso de algún método anticonceptivo es excepcional, ligado a primeras relaciones sexuales o a alguna pareja eventual).
- Trayectorias en las que predomina el cuidado anticonceptivo con métodos tradicionales (el uso de algún método anticonceptivo moderno es excepcional, predomina el uso de métodos anticonceptivos tradicionales).
- Trayectorias en las que predomina el cuidado anticonceptivo con métodos modernos. En este caso se decidió distinguir en dos subgrupos conformados por aquellos entrevistados que utilizaron como método más habitual en sus trayectorias

anticonceptivas el preservativo, y aquellos que utilizaron otros métodos. Esta separación se justifica en la necesidad de profundizar si primaba un cuidado anticonceptivo o el cuidado frente a ITS.

En cada uno de estos grupos se consideró si el aborto fue o no realizado con procedimientos de los denominados técnicos. Para esto se considera el primer intento de la mujer y, posteriormente, en los capítulos de análisis de destacarán aquellos procedimientos de interrupción que comenzaron con un método y concluyeron (por falla o complicación) con otro.

Se conformaron ocho perfiles que interrelacionan las trayectorias anticonceptivas y las situaciones de interrupción del embarazo a la luz de la nueva exploración guiada por el uso de la técnica. La posibilidad de integrar las distintas dimensiones analíticas para comprender las trayectorias no reproductivas fue producto del análisis progresivo de los datos.

La caracterización y el análisis de estos perfiles permitirá, en los capítulos siguientes, especificar las circunstancias, los motivos, las decisiones y los argumentos que atraviesan las trayectorias no reproductivas, permitiendo observar la configuración específica de los principales temas analizados buscando la integración conceptual (Freidin y Najmías, 2011).

La distribución de la edad, el sexo y el nivel socioeducativo de cada perfil elaborado puede verse a continuación:

	Trayectorias de no cuidado anticonceptivo		Trayectorias de cuidado con MAC tradicionales		Trayectorias de cuidado con MAC modernos			
	Abo. no técnica	Abo. técnica	Abo. no técnica	Abo. técnica	Preservativo		Otros/varios MAC	
	Abo. no técnica	Abo. técnica	Abo. no técnica	Abo. técnica	Abo. no técnica	Abo. técnica	Abo. no técnica	Abo. técnica
Mujeres 18-27 sectores medios	-	-	-	-	-	1 (Catalina)	-	4 (Soledad, Lola, Carola, Valeria)
Mujeres 18-27 sectores populares	-	3 (Yanina, Guadalupe, Miryam)	-	-	2 (Verónica, Cecilia)	2 (Luciana, Sofía)	-	2 (Natalia, Vanesa)
Mujeres 40-49 sectores medios	-	-	-	-	-	-	-	5 (Marcia, Mirta, Carmen, Fernanda, Adriana)
Mujeres 40-49 sectores populares	3 (Mariana, Claudia, Ana)	-	1 (Mariela)	1 (Belén)	-	-	1 (Sandra)	3 (Isabel, Daniela, Edith)
Varones 18-27 sectores medios	-	-	-	-	-	1 (Ernesto)	-	5 (Darío, Roberto, Pablo, Jony, Ramiro)
Varones 18-27 sectores populares	-	-	-	1 (Ezequiel)	-	6 (Ramón, Alfredo, Juan, Leonardo, Miguel, Guillermo)	-	1 (Hernán)
Varones 40-49 sectores medios	-	-	-	-	-	-	-	6 (Julio, Hugo, Adolfo, Daniel, Eduardo, Luciano)
Varones 40-49 sectores populares	1 (Horacio)	-	-	2 (Gustavo, Sergio)	-	-	-	2 (Marcelo, León)
Total	4	3	1	4	2	10	1	28
	7		5		12		29	
	53							

PARTE V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

“Igual que una obra de Bach penetra en el sujeto que la escucha induciendo experiencias diversas, se crea en el científico social un vínculo de relación entre el estímulo –los datos– y su propia subjetividad y experiencia que está mediado, sin duda, por la experiencia vivida. También por la trayectoria investigadora, por el conocimiento acumulado, por la pericia metodológica, por los presupuestos teóricos y por otros elementos que pueden incidir en el sentido de esta relación. Pero al fin y al cabo, tanto los datos, como una obra musical, provocan en nosotros procesos de identificación/desidentificación, de gusto/disgusto, de cercanía/distancia, de emoción/indiferencia. De ahí la utilización del término "mediado" como distinto a condicionado o determinado. Es la suma de esas experiencias (personales, metodológicas, teóricas) la que resulta en un acercamiento particular (y propio) al campo y a los datos”

(Begonya Enguix, 2012:1)

A continuación, en la última parte de la Tesis, se presentan los capítulos dedicados al análisis e interpretación de los datos. Se divide en cinco capítulos, estructurados temáticamente y de acuerdo a los ocho perfiles elaborados.

En el primer capítulo se caracterizan los perfiles, con la pretensión de dar cuenta de los rasgos distintivos de los entrevistados que conforman cada uno, por lo tanto, es impersonal.

En el segundo capítulo se analizan los inicios sexuales de los entrevistados, considerando este evento importante en el desarrollo de las trayectorias reproductivas y no reproductivas, dado que es el momento en que se inicia la exposición al riesgo de embarazo y de ITS.

El tercer capítulo está dedicado al análisis de las decisiones anticonceptivas de los entrevistados tomadas (u omitidas) para controlar la reproducción a lo largo de las diferentes relaciones de parejas (hayan sido estas estables o circunstanciales).

En el cuarto capítulo se indaga sobre el momento de confirmar el embarazo y las situaciones que generó individualmente, en el marco de la pareja o el entorno. Se analizan además los motivos y argumentos esgrimidos por los entrevistados al decidir tanto la continuidad del embarazo como su interrupción.

Por último, el quinto capítulo está dedicado a analizar la decisión de abortar y los circuitos recorridos para interrumpir la gestación, con énfasis en los argumentos o valoraciones sobre los diversos procedimientos conocidos y elegidos para realizarla.

Los nombres de los perfiles, que tal como fue desarrollado previamente relacionan las trayectorias anticonceptivas y las situaciones de interrupción del embarazo, sintetizan el uso de métodos anticonceptivos tradicionales o modernos y el uso o no uso de “técnica” en el aborto, y reflejan de modo ilustrativo las características de la trayectoria no reproductiva de los entrevistados que los integran.

Los perfiles son denominados:

Perfil 1: Descuidados tradicionales

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto sin uso de técnica)

Perfil 2: Descuidados modernos

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto con uso de técnica)

Perfil 3: Tradicionales-tradicionales

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto sin uso de técnica)

Perfil 4: Tradicionales-modernos

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto con uso de técnica)

Perfil 5: Modernos limitados

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto sin uso de técnica)

Perfil 6: Semi-modernos

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto con uso de técnica)

Perfil 7: Modernos-tradicionales

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto sin uso de técnica)

Perfil 8: Modernos-modernos

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto con uso de técnica)

Los testimonios de los entrevistados se usan con fines ilustrativos —las citas son usadas como ejemplo de una descripción o conclusión del investigador, es decir, incorporadas a modo de evidencia— y analíticos —se utilizan para identificar las categorías privilegiadas por los entrevistados al organizar los relatos sobre los diferentes temas abordados (Kornblit, 2004a) y para destacar las categorías que resultan desplazadas (Straw, 2013)—. Para distinguir los testimonios de los entrevistados del análisis de la investigadora se citan los relatos de forma textual entre comillas. Se señala entre corchetes ([...]) cuando en el relato fue suprimida alguna parte o palabra. Al pie de los relatos se destacan los nombres ficticios de los entrevistados, la edad y el sector socioeducativo en el que fueron categorizados de acuerdo a los criterios señalados en el capítulo metodológico.

Capítulo 1: Caracterización de los perfiles

En este capítulo se caracterizan los ocho perfiles resultantes de la construcción de la tipología, cuya formación se describió en el capítulo metodológico. Se describen la edad, el nivel educativo alcanzado por los entrevistados, el lugar de nacimiento, el lugar de residencia, la situación económica, la situación habitacional, el estado civil, la situación ocupacional y la cobertura de salud. Se complementa la descripción con algunas características de las trayectorias de sus padres (educativas, residenciales y laborales).

Perfil 1: Descuidados tradicionales

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto sin uso de técnica)

Lo integran adultos de sectores populares, predominan las mujeres. Nacieron en el Gran Buenos Aires (GBA) o en el interior del país y luego migraron al GBA, donde todos residen actualmente en casillas propias, en asentamientos o villas.

El promedio de edad es de 42 años. Llegaron a completar el nivel primario.

Algunos de sus padres nacieron en el interior del país. Mientras las madres de los entrevistados abandonaron el nivel de educación primaria, algunos padres lo terminaron.

La situación económica se caracteriza por la inestabilidad laboral, y en consecuencia, de ingresos, tanto en sus familias de origen como en las propias, con épocas calificadas como buenas, regulares, y malas. Las entrevistadas, luego de dejar de estudiar, se emplearon en limpieza de casas u oficinas o cuidado de niños. Algunas de las entrevistadas continuaron y contribuyen a la manutención del hogar; otras dejaron de trabajar fuera del hogar cuando nacieron sus hijos. Al dejar de trabajar pasaron a depender económicamente de sus parejas, sólo en un caso recibía un plan social. Él varón que conforma este grupo, luego de recuperarse de su adicción a las drogas, trabaja en una comunidad terapéutica y señala que siempre fue “vago, delincuente, drogadicto, [y] quilombero”.

Todos los entrevistados de este perfil tuvieron hijos, seis en promedio (con un mínimo de 4 y un máximo de 11). Su primer hijo nació cuando ellos eran adolescentes y tenían entre 16 y 19 años, predominantemente en el marco de uniones consensuales, sólo una de las entrevistadas está casada, la de mayor edad.

Atienden su salud en salas y hospitales públicos, generalmente cercanos al barrio en el que residen.

Perfil 2: Descuidados modernos

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto con uso de técnica)

Lo integran mujeres jóvenes (18, 26 y 27 años), de sectores populares. Nacieron y vivieron siempre en villas o barrios marginados del Gran Buenos Aires. No iniciaron o abandonaron tempranamente sus estudios secundarios.

Sus padres nacieron en el interior o son inmigrantes de países limítrofes, que terminaron el nivel de educación primario. Las entrevistadas vivieron con ellos, o con otros familiares (abuela, tíos) hasta que por un evento reproductivo/no reproductivo comenzaron la convivencia con sus novios.

Mientras vivían con sus familias de origen evaluaron la situación económica como buena o regular, dado que los padres tenían trabajo. A su situación económica actual la consideraron mala. Si están en pareja (uniones de hecho), el principal aporte es el de los varones, que tienen trabajos no registrados o inestables (changas, empleados en la construcción o en el rubro gastronómico). Las entrevistadas trabajaron o trabajan cuidando niños o en servicio doméstico. Cuando dejaron de trabajar para cuidar a sus hijos, desarrollaron estrategias para poder aportar dinero extra al hogar o para subsistir en algunas épocas. Miryam, por ejemplo, pide comida y ropa en los barrios cercanos a la villa y la ropa que su familia no usará, la vende. Excepcionalmente reciben ayuda monetaria o en alimentos de sus familiares o de amigos.

“[...] me dieron un montón de remeritas, que a mí no me entraban y vendí un montón me hice \$170 y al otro día me fui a tener el nene. Y no tenía ni diez centavos ese día. Y lo fui a tener contenta porque les había dejado para que tengan de comer mis hijos”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Tuvieron en promedio cuatro hijos, con un mínimo de 3 y un máximo de 8.

Atienden su salud y la de su familia en el hospital público.

Perfil 3: Tradicionales-tradicionales

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto sin uso de técnica)

Lo integra una mujer de 45 años, de sectores populares. Nació en una provincia del litoral argentino, donde nacieron y vivieron sus padres. El padre llegó a completar el nivel de educación primario, su madre no. Ella inició el secundario pero lo abandonó al embarazarse.

Con su actual pareja decidieron cambiar de residencia porque la madre de él no la quería, entonces señala “nos independizamos y estamos mejor ahora solos, nadie tiene que meterse”. Se mudaron al GBA, y considera que su pareja trabaja “mejor” en este lugar, aunque no está registrado y sus trabajos son temporales.

Ella trabajaba en el servicio doméstico, y al momento de la entrevista era ama de casa. Tiene diez hijos. Estaba esperando obtener la partida de nacimiento de uno de ellos para poder tramitar el subsidio por siete hijos.

Atiende su salud únicamente en el hospital público.

Perfil 4: Tradicionales-modernos

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto con uso de técnica)

Lo integran varones y una mujer de sectores populares, predominantemente adultos (43, 45 y 46 años), y un joven de 27 años. Viven en distintas zonas del GBA. Los varones nacieron en el GBA, ella nació en el interior pero vive allí desde los siete años.

Los padres de los entrevistados eran de la Ciudad de Buenos Aires o del interior del país. Ninguno de los padres de los entrevistados adultos llegó a completar el secundario, mientras que la madre del entrevistado joven completó el terciario y el padre comenzó estudios secundarios.

Algunos entrevistados recuerdan que mientras vivían con sus padres y eran niños la situación económica era muy mala, condicionando en parte las trayectorias educativas en la familia:

“A mí me veían más capaz y de los tres hermanos como que mi papá hizo una elección de quién mandar al colegio privado, dijo a este no le gusta el deporte, no le gusta esto, no me veía como cura, a estudiar”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

Al momento de realizar la entrevista, consideraron que su situación económica era buena, o que correspondían a un sector “medio-bajo”. Todos trabajan y evaluaron que el tema económico, en algunos momentos, generó problemas en la pareja.

“Porque tiene influencia a nivel individual, como sostén de la familia hubo épocas que no estaba a la altura de la circunstancia y eso me traía serios problemas individuales y por ende a la pareja, y además tensiones cuando hay que pagar cuentas y no hay plata empiezan las cosas de recriminar, echar en cara...”.

Sergio, 45 años, sectores populares

Todos los entrevistados están en pareja, predominantemente en uniones de hecho, y tienen 2 hijos cada uno, excepto el entrevistado joven del perfil que aún no tiene hijos.

Atienden su salud predominantemente en hospitales públicos, y excepcionalmente realizan consultas en forma privada.

Perfil 5: Modernos limitados

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto sin uso de técnica)

Lo integran mujeres jóvenes (27 años) de sectores populares, que no completaron el nivel secundario. Nacieron y vivieron siempre en el GBA, aunque en diferentes barrios, situación que según consideran ellas, influyó en su trayectoria reproductiva:

“Creo que si me quedaba allá no hubiese tenido hijos, por ahí me hacía monja, porque estaba siempre en el colegio de monjas. A mi hermana sí casi la hacen monja, yo no, yo era un tiro al aire”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Actualmente viven en casillas en una villa del GBA, que suelen ser espacios demasiado reducidos para poder vivir con su familia:

“Ahora estoy peleando para que me den algo más, porque ya somos cinco, seis con el que viene y no los puedo tener acá adentro, entonces se me escapa uno, se me va a la calle... [...] Y en lo sexual también, más tengo cuando se va el más grande, porque mi mamá vive acá al lado y siempre llama al más grande para dormir, entonces como que ahí aprovecho que están los más chiquitos nomás durmiendo y bueno... mientras duermen...”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Están en pareja, en uniones de hecho. Son amas de casa y, eventualmente, hacen alguna changa en limpieza, para lo cual dependen de que algún familiar pueda ocuparse de sus hijos, o reciben algún plan social. Sus parejas trabajan y algunos familiares los ayudan económicamente, porque, según consideraron, su situación económica es “regular” o “mala”:

“Ahí andamos, son puro pañales y pañales nomás pero dentro de todo para la comida y los pañales tengo, no me puedo quejar. Hay peleas por eso... sale como tema, porque cuando yo le decía que no quería tener más hijos, que algunas veces tenemos y otras no y para qué íbamos a tener otro y él que sí, que siempre para los pañales y la comida hay. Pero tampoco es trabajar y gastar todo en pañales y leche, tenés que hacerte tiempo con los chicos, de salir a algún lado”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Tienen hijos, entre 1 y 3, menores de siete años.

Atienden su salud y la de su familia en el hospital público cercano a la villa en la cual residen.

Perfil 6: Semi-modernos

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto con uso de técnica)

Lo integran varones —predominantemente— y mujeres jóvenes (24 años promedio), de ambos sectores socioeducativos, aunque principalmente de sectores populares.

Residen en la Ciudad de Buenos Aires o en el conurbano, generalmente en el mismo lugar que nacieron. Algunos vinieron del interior del país. Sus padres alcanzaron el mismo nivel educativo que ellos en algunos casos (secundario o universitario, principalmente los de mayor nivel socioeducativo), y en otros alcanzaron sólo el nivel primario o abandonaron el nivel secundario, al igual que muchos de los entrevistados.

Todos trabajan y mantienen el hogar o aportan a su mantención. En efecto, el hecho de que otras personas (la pareja, los hijos u otros familiares) dependan o no de su aporte económico, o poder independizarse económicamente de los padres, le da diferentes sentidos al ingreso logrado por los entrevistados.

“De comer no nos faltó nunca, pero si nos faltaba televisor, heladera, porque se nos rompió la heladera y no había forma de arreglarla, no llegábamos con la plata. Y cuando me viejo estuvo internado lo mismo, tuvimos que vender la televisión porque no llegábamos para la medicación”.

Juan, 18 años, sectores populares

“En realidad lo que noto que el trabajar, poder sostenerme por mi mismo me da una cierta seguridad, y pienso que influye en tu vida afectiva sexual, te sentís más seguro”.

Ramón, 27 años, sectores populares

La evaluación de la situación económica de los entrevistados de este perfil es “buena” para algunos y “muy mala” para otros.

Viven en casas o departamentos que alquilan, o en las casas de sus padres, evaluando mudarse solos en el corto plazo porque vivir con los padres “ata un poco” y consideran que viviendo solos podrán tener libertad para “hacer lo que quiera”.

Sobre el estado civil señalaron estar solteros, en relaciones de noviazgo o unidos de hecho.

Predominantemente no tienen hijos o sólo uno; excepcionalmente las entrevistadas mujeres de sectores populares que tienen dos hijos.

Atienden su salud en el hospital público, o a través de obras sociales aquellas entrevistadas con empleos formales, es decir, más estables y con mejores condiciones de contratación.

Perfil 7: Modernos-tradicionales

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto sin uso de técnica)

Lo integra una mujer de 40 años de sectores populares. Nació y vivió en un barrio del conurbano bonaerense, al cuidado de su abuela y tíos porque su madre tenía problemas de salud mental. Por esta razón, la madre de la entrevistada no estudió.

A su padre no lo conoció ni supo nunca nada, “parece que la embarazó y se borró por ser enfermita”, argumenta.

La entrevistada no completó el nivel secundario, dejó de estudiar en segundo año por “criar a mis hijas, porque la vida, porque no quise más...”. Los familiares de ella la obligaron a casarse por civil con su novio, cuando tenía diecisiete años. Tuvo tres hijas.

Actualmente no trabaja, y recibe un plan social. Anteriormente trabajó en el servicio doméstico y como operaria en una fábrica. Su pareja trabaja y mantiene económicamente el hogar. Considera que su situación económica es buena. Viven en una casa prestada por familiares.

En una época se fueron a vivir a Paraguay, con la familia de él, porque temían a los tíos de ella, que los trataban muy mal. Vivieron diez años en ese país y como ella no se llevaba bien con su suegra decidió volver a la Argentina. Después de un año su marido también regresó.

Atiende su salud en el hospital público.

Perfil 8: Modernos-modernos

(Trayectorias con varios MACs modernos– Aborto con uso de técnica)

Lo integran mujeres y varones, jóvenes y adultos, de ambos sectores socioeducativos, aunque predominan los de sectores medios.

Los varones jóvenes son principalmente de sectores medios, y tienen estudios universitarios en curso o completos. La edad promedio es de 25 años. Los padres de estos entrevistados nacieron en la Ciudad de Buenos Aires y también tienen estudios universitarios o terciarios.

Estos entrevistados jóvenes trabajan y consideraron su situación económica buena. Uno de ellos tiene un hijo, que si bien no fue buscado estaban “conversando tener un hijo el día de mañana” con su pareja. El estado civil que predomina es soltero.

Viven en las casas de sus padres o alquilan departamentos, y consideran que tanto la situación económica como la habitacional tienen influencia en el plano afectivo, en tanto posibilitan tener más intimidad y privacidad:

“Empecé a ahorrar para poder irnos de vacaciones, o el día de mañana irnos a vivir juntos. Y más allá de que no relaciono el dinero con el afecto hay proyectos que necesitas dinero, si querés alquilar para tener intimidad con tu pareja lo tenés que pagar”.

Roberto, 21 años, sectores medios

“Vivía en una casa de más de un piso donde mi habitación estaba en otro piso distinto al que estaban mis viejos por lo tanto tenía privacidad y podía ir con mis novias a dormir [...] mis viejos eran bastante proclives a dejar que los hijos estén en la casa, pensaban que estaban mejor que dando vueltas por ahí... eso seguro marcó mucho, tener mi espacio, mi intimidad, en mi casa”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Las mujeres jóvenes también son predominantemente de sectores medios. La edad promedio es de 25 años y completaron estudios terciarios o universitarios; excepto las entrevistadas de sectores populares que no completaron el nivel educativo secundario.

Nacieron y vivieron en la Ciudad de Buenos Aires o en el Gran Buenos Aires. Sus padres son también de esos lugares. Mientras los padres de las entrevistadas de sectores medios terminaron el nivel terciario o universitario, algunos de los padres de las entrevistadas de sectores populares completaron el nivel primario. Todas consideran que cuando vivían con sus padres su situación económica era mejor que su situación actual.

Las jóvenes de sectores populares están casadas o en uniones de hecho, tuvieron hijos (2 y 3) y se dedican ahora a cuidarlos. Sus parejas trabajan y reciben otras ayudas: “él mantiene todo y me ayudan mis papás, alguna amiga y los padrinos de los nenes”.

Las entrevistadas de sectores medios, mayoritariamente solteras y sin hijos, trabajan todas fuera del hogar.

Estas mujeres jóvenes viven en casas o departamentos prestados por algún familiar o que alquilan. Las entrevistadas de sectores populares tienen casas propias en una villa, situación que consideran tiene influencia sobre su vida afectiva, en tanto el alcohol, las drogas y “la junta” actúan en detrimento de la estabilidad conyugal:

“Lo que tiene acá es que no duran las parejas juntas, se terminan separando, es como que acá no llegan ni al año. Les gusta seguir jodiendo, le dejan los hijos a las mamás, a las abuelas. Hay mucho alcohol, mucha droga... no hay unión de la pareja. Cada uno ve si quiere hacerlo o no pero me gustaría mudarme, para darle más posibilidad a la pareja”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

Los varones adultos que conforman el perfil son también predominantemente de sectores medios. La edad promedio es de 45 años. Nacieron en la Ciudad de Buenos Aires o el GBA, excepcionalmente en el interior del país. Sus padres también nacieron en esos lugares, y algunos son inmigrantes.

Los entrevistados de sectores medios concluyeron el nivel universitario o hicieron posgrados, mientras que los de sectores populares no culminaron el nivel secundario. La situación educativa de los padres es similar a la de los entrevistados, los padres de los entrevistados de mayor nivel socioeducativo lograron mayor nivel educativo, y fueron las madres las que llegaron a menores niveles educativos que los padres de los entrevistados.

En promedio tuvieron 2 hijos, con un mínimo de 1 y un máximo de 3, y están, predominantemente, casados o unidos.

Consideran que su situación económica es buena. Todos los varones adultos trabajan, son el sostén económico del hogar, mantienen a sus hijos y, eventualmente, sus padres dependen económicamente de algunos de los entrevistados.

Las mujeres adultas son también predominantemente de sectores medios. La edad promedio es de 46 años. Mientras que las entrevistadas de sectores medios

terminaron el nivel universitario o realizaron posgrados, las entrevistadas de sectores populares no concluyeron el nivel primario.

Nacieron en la Ciudad de Buenos Aires, y excepcionalmente en el interior del país. Las entrevistadas que migraron del interior al GBA fue por razones ligadas a lo afectivo: sus padres se separaron y migraron con uno de ellos, o ellas se separaron y buscaron otro lugar de residencia.

Tienen hijos (en promedio 2), excepto una de las entrevistadas. Todas trabajan, algunas mantienen el hogar, otras comparten esa responsabilidad con sus parejas. Predominantemente están casadas o divorciadas, y en algunos casos los ex maridos aportan dinero dado que las entrevistadas viven con sus hijos.

Viven en casas propias o alquiladas y consideraron la cuestión habitacional como algo que incide en las trayectorias de vida: poder irse a vivir solas les brindó más comodidad e intimidad en el plano afectivo. En la posibilidad de tener relaciones sexuales en la casa de los padres influía también lo normativo:

“Eso está fuera del tamaño de la vivienda, la norma que tuve cuando viví con mis padres era distinta, nunca podía ir alguien a dormir, pero era algo que no pasaba por lo habitacional sino por lo normativo. Eran como las costumbres que yo respetaba”.

Adriana, 49 años, sectores medios

Asimismo, predominantemente las de sectores populares, manifestaron que la situación económica, y la posibilidad de trabajar y no depender exclusivamente del ingreso de sus parejas, tuvieron y tienen influencia en sus trayectorias vitales:

“No es lo mismo tener todo resuelto que los momentos que pasamos donde no teníamos ni para comer y que obviamente eso va a repercutir, que ganas puedo tener de estar con mi marido... Estar con los chicos en el mismo lugar, como voy a querer tener relaciones con mi marido. [...] me arrepiento de haber dejado de trabajar... yo creo que si hubiese mantenido esa independencia me podría haber divorciado mucho antes incluso”.

Isabel, 47 años, sectores populares

“Yo quería tener comodidades, no grandes comodidades, lo primordial, todo lo que una mujer quiere tener, para vivir tranquilo y es como que de la otra parte de mi pareja no lo lograba porque él no..., era más bien... “y no, y después, y vemos”... y eso me enfermaba, era como que no me dejaba avanzar y yo quería avanzar”.

Edith, 49 años, sectores populares

Todos los entrevistados de este perfil atienden su salud predominantemente por obra social o prepaga, y excepcionalmente en el hospital público, si no tienen trabajo en blanco o por alguna urgencia dado que son más cercanos a su lugar de residencia.

De la descripción de los ocho perfiles se desprende la diversidad de cuestiones que atraviesan la no reproducción, además de las decisiones anticonceptivas y las situaciones de aborto. Edad, género, lugar de residencia, nivel educativo, relaciones de parejas, relaciones familiares, situación económica (tanto al pensar en el futuro del hijo como en el costo de la interrupción de un embarazo), situaciones laborales, redes o contactos (no sólo frente a la situación del aborto sino también frente a otras situaciones como violencia de la pareja o temas cotidianos como el cuidado de los niños), relaciones con el sistema de salud, estereotipos sobre el rol femenino y la tarea de la anticoncepción, entre otros.

En las trayectorias de los entrevistados se evidencia la ampliación de la educación en nuestro país, y, aunque más levemente, la feminización. Los entrevistados alcanzaron niveles educativos superiores a sus padres. El nivel educativo de los padres era predominantemente superior al de las madres. En la actualidad, las entrevistadas mujeres alcanzaron los mismos niveles educativos o superiores a sus parejas varones.

Al describir la situación económica, tanto cuando los entrevistados vivían con sus familias de origen como con sus propias familias, se aprecian los cambios resultantes de la globalización y las condiciones del trabajo productivo descriptos en los recorridos teóricos, dando cuenta en la actualidad de trabajos menos estables y desregularizados, que fundamentalmente en los sectores populares evidencian la desprotección de los colectivos señalada por Castel (2004). Cuando el sustento económico del hogar proviene de changas temporales el manejo del dinero para “llegar a fin de mes”, o al menos tener para la leche y los pañales de los hijos es la única preocupación de, fundamentalmente, las entrevistadas. En este sentido,

estrategias individualizadas, autoconstruidas, para lograr la supervivencia como la venta de la ropa que relataba una entrevistada, se solapan con estrategias aún ligadas a la protección estatal como los subsidios o las viviendas sociales.

Por último, cabe destacar que predominantemente los adultos están casados, el matrimonio se constituía para los entrevistados en un componente del orden social, en tanto según relatan las pautas tradicionalmente establecidas se cumplían con más fuerza que en la actualidad. Frente a un embarazo, los familiares les sugerían o exigían casarse con esa pareja antes del nacimiento de los hijos.

En los capítulos que siguen se analizarán cómo todas estas cuestiones se entrecruzan para dar lugar a cambios y a continuidades en las trayectorias no reproductivas de los entrevistados.

Capítulo 2: Los inicios sexuales

En este capítulo se analizan los inicios sexuales de los entrevistados a partir de los relatos sobre la primera relación sexual y los sentimientos asociados a ella, el tipo de pareja, la anticoncepción (uso o no, tipo de método, forma de decisión, opinión y conocimiento de los métodos), y el contexto sociodemográfico en el que se dieron (edad, situación laboral, situación educativa).

Perfil 1: Descuidados tradicionales

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto sin uso de técnica)

Ana tenía 15 años (su pareja 18), Mariana 19 años (su pareja 26) y Claudia tenía 16 años, once menos que su pareja. Horacio tenía 20 años y era su primera relación sexual en el marco de una relación de pareja, había tenido otras relaciones sexuales pero pagando a trabajadoras sexuales.

En el momento de inicio sexual sólo Claudia estaba estudiando, el resto de las entrevistadas y sus parejas trabajaban y Horacio no trabajaba ni estudiaba.

El varón que conforma este perfil recuerda que tenía muchas expectativas en esa primera relación sexual porque, a diferencia de las anteriores, había sentimientos involucrados, y señala que fue una decepción “terminó siendo lo mismo que las demás”. Había transcurrido una semana desde que empezaron a salir. En el caso de Mariana, transcurrió un año, su pareja la presionaba y no le creía que fuese su primera relación sexual porque ella ya “era grande”, reproduciendo un prejuicio sobre las edades de inicio sexual de las mujeres en el barrio que habitaban.

“Él me pedía tener relaciones, como que él sabía que yo no había tenido relaciones, eso le llamaba la atención y no me creía, como yo era grande. Yo le había contado, como éramos muy amigos primero...”.

Mariana, 40 años, sectores populares

A Ana su novio tampoco le creía que no había tenido relaciones sexuales, “no mientas” le decía. Y como su madre le había dicho que se tenía que casar antes de tener relaciones sexuales, su novio le propuso casamiento, pidieron una fecha en el

registro civil y luego la convenció. Pero después de salir un par de veces más, él se fue del barrio y no la volvió a contactar.

“[...] me dice ya tenemos la fecha, nos casábamos, teníamos que llevar los documentos y todo. Entonces él me decía ya nos vamos a casar y yo dije bueno sí”.

Ana, 40 años, sectores populares

Ana recuerda que su madre se dio cuenta de su inicio sexual porque ella se sentía mal físicamente y la amenazó: “decime, porque vos hiciste” —así, sin mencionar sexo, ni relaciones sexuales, ni primera vez—, y si no se lo contaba iba a llevarla al médico para que le diga si ya había mantenido o no relaciones sexuales. Frente a esa amenaza le contó, y la madre la advirtió de esas normas diferenciadas para hombres y mujeres en cuanto a los comportamientos sexuales (Szasz, 2004): el novio no duró porque ella le dio rápido “lo que él quería”.

Todas se trataban de relaciones de noviazgo, se habían conocido en el barrio.

Ninguno de los entrevistados del perfil conversó antes sobre cómo cuidarse en la relación sexual y finalmente ninguno se cuidó. Señalan que no tenían “conciencia” del cuidado, que no era algo que se hablara ni enseñara. Las entrevistadas refirieron al desconocimiento que primó en sus primeras relaciones sexuales, ya que sus madres les decían que “para tener contacto con un hombre tenían que estar casadas” o las amenazaban con echarlas de la casa si se embarazaban, pero no les explicaban cómo evitar un embarazo ni el significado de las relaciones sexuales. Recuerdan haber tenido temor a sus madres más que confianza para poder pedir asesoramiento; el mensaje de las madres tenía un fin claro “no vengas embarazada”, pero los medios para llegar a ese fin estaban ausentes.

Siguieron teniendo relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos, aunque casi todas las parejas se terminaron al poco tiempo. La única que seguía al momento de la entrevista con su primera pareja era Claudia, que a los pocos meses del inicio sexual quedó embarazada y nació el primero de sus once hijos. El embarazo que interrumpió fue el número doce, aunque ella pensó en interrumpir aquella primera gestación:

“Me acuerdo que cuándo quedé embarazada le dije que no lo quería tener, yo quería abortarlo, y me dice... “sos loca, vos sos chica, te llega a pasar algo yo voy a ir preso” y, enseguida dijo de casarnos, yo le dije... “pero no me quiero casar porque estoy embarazada”... Y hace 35 años que estoy casada”.

Claudia, 49 años, sectores populares

Así como la dimensión anticonceptiva estuvo ausente en los inicios sexuales, también lo estuvo el placer. Las entrevistadas definieron sus primeras relaciones sexuales como “raras”, “horribles”, presionadas por sus parejas. Los sentimientos asociados a esa primera relación sexual eran “nervios” y “miedo”. Mariana señaló que al tener relaciones con su siguiente pareja advirtió que antes no había sentido nada, “no fue ni feo, ni lindo, nada”. Para Ana, el inicio sexual fue muy distinto a lo agradable que suponía sería:

“Creía que era algo fácil, como una caricia, porque uno lo ve en la tele... Y fue ver estrellas negras, porque te dicen vas a ver estrellitas de colores rosadas, mentira, fueron todas negras, una cosa horrible”.

Ana, 40 años, sectores populares

Los inicios sexuales de los entrevistados de este perfil, sin anticoncepción, sin conocimiento del cuerpo y la sexualidad, sin disfrute, dan cuenta del cumplimiento de pautas de comportamiento sexual: el varón presionando, reforzando la asociación con lo activo y ellas “cumpliendo” el rol pasivo establecido para la mujer que analiza Bourdieu (2007) al referir a la *dominación masculina*, de la cual considera que para liberar a las mujeres también se requiere liberar a los varones de las estructuras objetivas y asimiladas que hacen que ellos contribuyan a imponerlas. Asimismo, estuvieron ausentes las referencias a sentimientos amorosos o afectivos en la pareja, y primaron los sentimientos negativos.

Perfil 2: Descuidados modernos

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto con uso de técnica)

Yanina tuvo su inicio sexual a los 14 años (él tenía 23), Miryam a los 13 años (él tenía 15) y Guadalupe a los 17 años (él tenía 19).

Yanina y Miryam estudiaban, la pareja de una trabajaba y la de la otra no trabajaba ni estudiaba. Guadalupe ya había abandonado los estudios y era empleada doméstica; su pareja no estudiaba ni trabajaba, “andaba directamente robando”. Eso

es lo poco que recuerda Guadalupe de su inicio sexual porque en esa época “vivía drogada”, “no sabía ni lo que hacía”.

Las mujeres jóvenes que conforman este perfil conocieron a sus primeras parejas sexuales por amigos y tuvieron la primera relación sexual “por curiosidad”, “sin saber” sobre cuidados anticonceptivos.

Los tres vínculos fueron definidos como noviazgos. Desde su inicio pasaron entre uno y dos meses antes de tener relaciones sexuales, excepto en el caso de Miryam que esperaron un año porque ella tenía 12 años cuando comenzaron el noviazgo a escondidas de su familia.

“Yo me escapaba de mi casa a verlo y volvía antes que se levanten. Y la última vez me escapé, me quedé dormida y no volví. Y me fueron a buscar con la policía y todo... y así me dejaron estar con él”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Yanina y Miryam no conversaron sobre anticoncepción antes de esa primera relación sexual, tampoco utilizaron. Señalan que no pensaron que podían quedar embarazadas, que en la casa no se hablaba de esos temas, que “él tampoco dijo nada”. Guadalupe y su pareja conversaron sobre anticoncepción porque ella no quería quedar embarazada, pero finalmente no se cuidaron porque él no quiso usar el preservativo. Tampoco se cuidaron en las relaciones que siguieron. A los 14 años Miryam tuvo su primer hijo, a los 15 años Yanina quedó embarazada y abortó, y Guadalupe también decidió interrumpir su primera gestación a los 18 años.

A diferencia de las mujeres adultas del perfil anterior, estas entrevistadas jóvenes no hablan de presión o insistencia de parte de sus parejas en sus inicios sexuales ni del sexo casual que caracteriza, desde su visión, las relaciones sexuales en la actualidad:

“Normal, no como ahora que los pibes vienen te comen y ya está en la primera noche. Yo no tenía miedo, quería saber cómo era...”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

Entre los sentimientos asociados a la primera relación sexual se destaca, como sensación predominante, la curiosidad, querían “saber cómo era”.

Fueron inicios sexuales en los que se expresaron con menor intensidad los mandatos culturales que enunciaron las entrevistadas del perfil anterior, con más curiosidad sobre las relaciones sexuales, pero con el mismo desconocimiento de métodos anticonceptivos, y ausencia de uso, es decir con la misma vulnerabilidad frente a embarazos no planeados y contagio de ITS.

Perfil 3: Tradicionales-tradicionales

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto sin uso de técnica)

Mariela tuvo su inicio sexual a los 14 años, con su novio de 20. Ella estudiaba y él trabajaba. El noviazgo se desarrollaba a escondidas de su familia. La primera relación sexual fue en la casa de los familiares de él, donde estaba viviendo momentáneamente porque no era oriundo de esa ciudad. No conversaron sobre anticoncepción y no tomaron ningún cuidado para evitar un embarazo:

“En ese momento no pensé nada, recién lo pensé cuando no me venía. Aparte que mi mamá era una persona muy cerrada, no era de hablar de esos temas, como que estaba media sin saber nada. Yo no me acuerdo que se haya hablado ese tema como se habla ahora, ahora sí”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Al poco tiempo quedó embarazada, y frente al desconocimiento señala que sintió la “sorpresa”. Su novio ya no estaba en la ciudad y además un día fue a buscarlo la policía a su casa sospechando que sabrían su paradero. Su padre le prohibió tener contacto con él (hasta entonces ella le escribía cartas) y recuerda: “me salvé que me peguen por el embarazo”. La violencia estaba naturalizada como la forma con que el padre mantenía el orden en el hogar. Los padres de ella discutieron sobre su embarazo, ella sólo escuchaba. La madre creía que era mejor abortar y el padre no, y resolvieron que tenga su primer hijo:

“Mi papá era así, él dijo “si a ella le gustó lo dulce, ahora que se aguante lo amargo” y así fue”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Su pareja regresó a la ciudad luego de un año y señala que “ahí fue que mandé otra de las mías”, porque mantuvieron relaciones sexuales sin protección y volvió a quedar embarazada a los 15 años. La resolución volvió a tomarla su familia: “una vez no sabía, pero ya dos no” aseveró el padre y esta vez abortó. Ella compartía la

decisión tomada por los padres, porque ya tenía una hija y porque tenían que estar a escondidas, aunque era un secreto a voces:

“Mi papá se enteró que había quedado embarazada de él por los vecinos y mis tías y todo”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Entre un embarazo y otro nadie habló de métodos anticonceptivos, ella tampoco preguntó.

El inicio sexual de Mariela visibiliza otros lugares comunes en las referencias a la reproducción/no reproducción: si la relación sexual les gusta —a las mujeres— se tienen que aguantar las consecuencias, ya sea un aborto o tener un hijo; el varón suele salir inmune de esa responsabilización.

Perfil 4: Tradicionales-modernos

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto con uso de técnica)

Al momento de su primera relación sexual Ezequiel tenía 16 años (ella 22), Gustavo 14 años (ella 16), Sergio 19 años (ella 18) y Belén 16 años (él 23).

Los inicios sexuales evidencian las diferentes concepciones de época: la entrevistada adulta que conforma este perfil tuvo su primera relación sexual “para complacer a él, la prueba de amor que pedían antes”; los varones adultos señalaron experiencias atravesadas por el silencio, “no se hablaba de eso” (ni de sexo, ni de métodos anticonceptivos) ni con la pareja ni con el entorno; y el varón joven tuvo su primera relación circunstancial, sin hablar de anticoncepción y sin usar ningún método, con una mujer que conoció en su trabajo cuarenta y cinco minutos antes.

“Fue ocasional, ni yo me lo esperaba, estaba juntando plata para el viaje de egresados y empecé a trabajar en una mensajería y en uno de los descansos apareció esta chica que frecuentaba el lugar y... parece que le agradé, me llevo al baño... y bueno, debuté. [...] Yo la relación la definiría como una circunstancia de la vida que me tocó, me dijo “es ella”, listo vamos”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

Ezequiel señala que “sabía que tenía que usar preservativos”, tenía “la teoría” aprendida en clases en el colegio, pero se “dejó llevar” y supuso que “iba a quedar como un boludo” si iba a comprarlos en ese inesperado momento.

Los varones adultos también se iniciaron con parejas circunstanciales, no hablaron sobre anticoncepción y no utilizaron ningún método anticonceptivo. Argumentan que no se hablaban esos temas, no sabían, no existía el VIH/sida, y que a esa edad “no pensás, es la calentura del momento”.

Para Sergio, no haberse iniciado sexualmente a los 19 años aún era un peso, “ya era más o menos vergonzoso” y en la primera relación se sintió frustrado porque quería ocultar su inexperiencia y no satisfizo sus propias expectativas:

“Fue muy rápido, la eyaculación fue muy rápida, no aparentaba yo no tener experiencia sexual, lo ocultaba bastante bien... el desilusionado fui yo, ella no, por mi propio papel, por la exigencia que tenemos a esa edad muchos varones, de que tenemos que ser lo que no somos en realidad”.

Sergio, 45 años, sectores populares

Otra pauta de comportamiento sexual masculino se ejemplifica en la experiencia de Gustavo, ella no le gustaba, sentía que no tenían nada en común, pero “lo buscaba mucho” y él, como varón, “era débil” para resistirse a tener relaciones sexuales.

La mujer que conforma este perfil tuvo su inicio sexual con un varón que define como novio, transcurridos seis meses desde que empezaron a salir. Si bien no conversaron previamente sobre anticoncepción, él utilizó el método natural de retiro voluntario:

“Se cuidó él terminando afuera, en ese momento preservativo todavía no era como ahora. Él quería que yo tome pastillas, y yo no quería tomar... y entonces se cuidaba él así. En realidad me cuidó”.

Belén, 46 años, sectores populares

En este caso, Belén refuerza la idea naturalizada sobre la responsabilidad femenina en la anticoncepción, ella no quería usar otro método y él la cuidó, como si él no fuera igual de responsable sobre lo que pudiera suceder en esa relación sexual. No hablaron del tema mientras duró la relación de pareja y ese fue el único método anticonceptivo utilizado.

En ninguna de las parejas de inicio sexual hubo embarazo.

Excepto Sergio, que asocia frustración y decepción al inicio sexual, los demás entrevistados señalaron que “estuvo bien” y les “gustó la experiencia”.

Los entrevistados reconocieron un cambio generacional dado que todos consideraron que ahora “se habla” del tema del cuidado en las relaciones sexuales, a la vez que un cambio de comportamientos marcado por la epidemia del VIH/sida, y la “obligatoriedad” del uso de preservativo. No obstante, el caso de Ezequiel pone en evidencia las continuidades de los roles sexuales esperables de los varones, por ejemplo, tener que responder siempre por su virilidad, aseverando que no puede “desaprovechar una relación sexual”, aunque sepa que no se están cuidando ni frente al VIH/sida ni a un embarazo no planificado.

Perfil 5: Modernos limitados

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto sin uso de técnica)

Se iniciaron sexualmente con sus novios, Verónica a los 18 años (él 17) y Cecilia a los 15 años (él 16). Ellas estaban estudiando y sus parejas ya habían abandonado el secundario y estaban trabajando.

El inicio sexual de Verónica fue luego de uno o dos meses, tenían “curiosidad”, ninguno de los dos había tenido relaciones sexuales previamente. Cecilia empezó a salir con su pareja a los 13 años, y “esperaba ser más grande” para tener relaciones sexuales, dejaron pasar dos años.

Verónica conversó con su novio sobre anticoncepción antes de la relación sexual y se cuidaron. En cambio, Cecilia y su pareja no conversaron previamente, tampoco se cuidaron en el inicio sexual; comenzaron a usar preservativos posteriormente:

“Sí, nos cuidamos con forro porque yo no quería tener. Además tenía a mi mamá que me decía de cuidarme, me taladraba”.

Verónica, 27 años, sectores populares

“No pensaba que podía quedar embarazada, esa vez no, después ya sí. Después hablé no con mi mamá sino con una de mis tías que era con la que más tenía confianza. Al tiempito de tener relaciones, y ella me dijo que podía ir a la ginecóloga a que me dé unas pastillas o algo y si no preservativo directamente”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

Las entrevistadas optaron por el preservativo como método porque era “el más famoso, lo más conocido”, y no refieren haber pensado en el VIH/sida sino que lo utilizaban exclusivamente para no quedar embarazadas. Cecilia no tuvo embarazos con esa pareja. Verónica sí, a los 19 años, y tuvo su primer hijo.

“Habrá pasado un año así que nos cuidamos y después no nos cuidamos tanto porque onda que habíamos hablado de tener un hijo”.

Verónica, 27 años, sectores populares

La primera relación a Cecilia no le gustó, “tenía miedo de tener relaciones”. Verónica, por el contrario, la recuerda como “una sensación que no me la olvido más”, para ella fue importante, y fue con la persona que quería.

Si bien ambos inicios sexuales fueron consensuados con sus parejas, el silencio sobre el tema en el caso de Cecilia, tanto en la pareja como en la familia, reforzó el miedo en detrimento del placer, “no tenía ningún sentimiento porque tenía miedo”.

Estos testimonios visibilizan como la información sobre sexualidad no sólo puede evitar embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede evitar, probablemente, tener relaciones sexuales bajo sensaciones de miedo y angustia, y dar lugar al disfrute.

Perfil 6: Semi-modernos

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto con uso de técnica)

Los inicios sexuales de estos entrevistados fueron entre los 13 y los 20 años, mayormente con jóvenes de su edad, excepto Luciana y Sofía que tenían 14 años y sus parejas 21 y 27 respectivamente. Catalina, la entrevistada con mayor edad al inicio sexual (20 años), señala que quería tener su primera relación porque era algo que se “quería sacar de encima” ya que era una “limitación”:

“Todas tuvimos la primera vez medio tarde, como a los veinte, y... es como que decís ya más no da. Como la fantasía de que eso te limitaba con el resto de los pibes a tener una relación, toda una teoría teníamos al respecto. Yo fui la primera del grupo, después las otras al toque también, pero era como un estigma, como que había que pasarlo”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Por lo general estaban estudiando, tanto los entrevistados como sus parejas; algunos de los varones entrevistados también trabajaba y algunas de las parejas de las mujeres sólo trabajaba.

Los entrevistados que conforman este perfil se iniciaron sexualmente con sus novios/as, predominantemente, o con alguna pareja circunstancial (conocida en un boliche o de vacaciones) y, excepcionalmente, con trabajadoras sexuales. Las primeras relaciones de Ernesto fueron “con prostitutas, una situación de lo que tiene que ver con la iniciación”; situación que desde su punto de vista es parte del repertorio de los comportamientos sexuales pero que ningún otro varón joven señaló. Para los demás, fue “algo que se dio”, parte del proceso de la relación que iban entablando con sus novios/as, se trataba de relaciones sexuales entre pares, incluso en algunas situaciones era la primera relación sexual de ambos.

Sobre el tiempo de espera entre que empezaron a salir y tuvieron la primera relación sexual, sin considerar en las relaciones ocasionales que sucedió en la misma noche de conocerse o luego de un par de salidas, refirieron que pasaron entre unas semanas y cinco meses. Lo recuerdan como un proceso, fue “despacio”, algo que “se fue dando”:

“Fue pasando algo en el tiempo ese en que conocés a una persona. Es una etapa en la que vas entrando en la adolescencia, es una experiencia que uno necesita vivir [...] Y... no era algo que uno esperaba así como uuuuu, re contento, sino que fue algo que pasó en ese momento, y vos pensás que amás a la persona y esto y el otro y no es como que esperás eso, si no que se dio en ese momento”.

Juan, 18 años, sectores populares

Los sentimientos asociados a esa primera relación sexual reflejan una mezcla de disfrute e incertidumbre. Aparecen asociados “lindos recuerdos”, “pasarle bien”, a la vez que dudas, “no saber cómo abordarla”, “aprendizaje mutuo”.

Un primer acercamiento a las experiencias de inicio sexual de estos jóvenes podría llevarnos a decir que son ya marcadas por la existencia del VIH/sida. Excepto una de las mujeres de sectores populares, todos usaron preservativos en su primera relación sexual. No todos lo habían conversado previamente. Si bien no aparece explícitamente como motivo de elección la prevención de ITS manifestaron que su

uso “no era reflexivo, más un imperativo categórico, hay que usar preservativo”, era algo así como automático, un hábito incorporado. También lo eligieron porque es mejor para el comienzo de una relación, más práctico, más secreto, común. Tan incorporado está a la vida de estos jóvenes que algunos no recuerdan cómo aprendieron a usarlo. Los demás mencionaron la escuela, padres, amigos y algunos refirieron haber comprado y leído las instrucciones de uso y “practicar en soledad”.

“No me acuerdo, no sé, esas cosas salen de algún lado... no sé, lo habré visto en tele”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

Algunas de estas parejas iniciales se terminaron enseguida, otras duraron unos años. Las que se mantuvieron siguieron usando preservativos como método anticonceptivo.

Luciana fue la única que no usó preservativo en la primera relación sexual, se cuidaron con las fechas, y señala que:

“Sabía algo [de métodos anticonceptivos] pero nunca usé. Como mi vieja no sabía nada, entonces no podía decir nada, ni tener nada”.

Luciana, 24 años, sectores populares

Los inicios sexuales de estos jóvenes muestran cierta idea de modernidad en la reproducción/no reproducción, el uso “automático” —en el sentido de sin reflexión— del preservativo es el principal componente diferenciador de los demás perfiles. No obstante, se trataría de ausencia de reflexión en el momento del acto sexual, pero se evidenciaría cierto conocimiento y reflexión previa, al optar por ese método. Además, el conocimiento —aunque no siempre traducido en uso— era mayor, circulaba por más vías de comunicación, suavizando la noción de sexualidad como tema tabú; predominantemente en sectores medios. Las relaciones sexuales fueron decididas por los entrevistados, no sólo sin presiones de sus parejas, sino también en un clima alejado del discurso prohibitivo o moralizador característico de los primeros perfiles.

Perfil 7: Modernos-tradicionales

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto sin uso de técnica)

El inicio sexual de Sandra fue a los 14 años con una pareja diez años mayor. Ella estaba estudiando, él trabajaba. No lo define como novio, sino como un “conocido de

la familia”, la relación se fue dando porque iba a su casa habitualmente. El inicio sexual fue, en sus palabras, “grosero” y “vulgar”:

“Una tarde estuvimos solos y, me besó, me abrazó y me metió la mano, y me metió el dedo y así con el dedo me desvirgó y empezó a sangrar. [...] me sentí muy mal como fue la primera vez, no me gustó [...] Después en la primera relación le costó mucho a él, porque yo medio no quería, no me quería desnudar, no quería, medió me forzó, me gustó... y medio entre mal que sí lo hicimos. Yo quería porque me gustaba muchísimo, estaba encantada con él. Era muy lindo muchacho, y estuve con él tres años”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Los sentimientos que elige para describir esa primera relación sexual sintetizan el relato anterior: “entre forzado y que me gustó”.

No hablaron antes sobre anticoncepción, no usaron ningún método, y ella señala “no sé cómo no quedé embarazada”. Cuando se inició sexualmente no “sabía nada” de sexualidad y anticoncepción.

“Yo no le iba a ir a preguntar a mis tíos como se hacía, no sabía, pero era siempre a escondida la relación. Se daban cuenta por ahí que me gustaba, pero no sabían que yo iba escondida junto a él, casi no iba a la escuela para irme a estar con él, me escapaba”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Después de las primeras relaciones sexuales él empezó a usar preservativos, pero al poco tiempo no quiso usar más y quedó embarazada. Su pareja y la madre de su pareja decidieron que esa gestación se abortara.

Así, tanto su inicio sexual como el resultado de esas primeras relaciones sexuales, reúnen varias condiciones de desventaja en el ejercicio la sexualidad: desinformación, desconocimiento, coacción de su pareja y ocultamiento a su familia.

Perfil 8: Modernos-modernos

(Trayectorias con varios MACs modernos– Aborto con uso de técnica)

Se iniciaron sexualmente entre los 14 y los 18 años. Habitualmente, las mujeres eran menores que los varones. La diferencia de edad entre los entrevistados y sus parejas, en promedio, era de dos años y medio, es decir, se trataba de relaciones entre pares. El caso de Natalia, joven de sectores populares, es el de mayor diferencia: su pareja tenía 15 años más.

Fueron inicios sexuales que ocurrieron, principalmente, en el marco de relaciones definidas como “noviazgos” y algunas parejas circunstanciales.

Tanto los entrevistados como sus parejas se encontraban mayoritariamente estudiando. Algunos estudiaban y trabajaban y otros —principalmente los varones, tanto los entrevistados como las parejas de las entrevistadas de sectores populares— trabajaban.

El tiempo que transcurrió entre el inicio del noviazgo y la primera relación sexual muestra algunas variaciones generacionales y depende además del tipo de relación. En las parejas circunstanciales sucedió en la misma noche o a los pocos días, la unidad de medición, en el marco de ese tipo de parejas, es el “fin de semana” o la cantidad de salidas. En relaciones de noviazgo transcurrieron algunos meses. Los más jóvenes señalan uno o dos meses y los adultos, principalmente las mujeres, refirieron al paso de al menos seis meses:

“Antes no se tenían relaciones sexuales enseguida. Fue porque “no dábamos más”, tanto “rascar”, y que no pase nada. Siempre llegar hasta ahí. Se dio así de común acuerdo”.

Carmen, 49 años, sectores populares

Un caso excepcional fue el de una de las mujeres jóvenes, Soledad, cuyo relato del tiempo transcurrido antes de tener relaciones sexuales está atravesado por la medicalización, ella quería ir antes al ginecólogo:

“Desde que empezamos hasta la primera vez que tuvimos relaciones habrán pasado dos meses. Yo quería ir al ginecólogo primero y demás porque todavía no me había indisputado y me dolió mucho... yo dije “hasta que no vaya al ginecólogo no va más”. Y pasaron cuatro meses entre que se me fue un poco el miedo y fui a la ginecóloga y me dieron unos óvulos porque todavía no había menstruado, así que fue raro...”.

Soledad, 27 años, sectores medios

El modo en que los entrevistados de este perfil relató haber llegado a la relación sexual da cuenta de cierto proceso inevitable en el marco de una relación de pareja, “se fue dando”, “la edad”, “las hormonas”; siendo los varones los que más insistían según las mujeres, noción que se refuerza al recordarse ellos como ansiosos. Las referencias de un varón y una mujer adulta reflejan el clima de época: el varón se iniciaba habitualmente pagando y la mujer (en el marco de un noviazgo) “debía

hacer esperar” al varón, aunque como señala Adriana, también desearan mantener relaciones sexuales:

“Ansioso, porque muchos de mis amigos habían estado con minas pero pagando y a mí nunca me gustó eso, y en mi generación era muy frecuente eso, pero nunca lo hice [...] lo mío era más meritorio para la galería, para la tribuna”.

Adolfo, 49 años, sectores medios

“Cumplimiento de un deseo, dejar de ser virgen, la liberación de ese peso [...] Había otra cosa asociada a los usos y costumbres de mi familia, pero también sociales, de que una vez que el varón consigue lo que quería, (que es la manera más fina que lo decían) te deja. Entonces quería también ver eso, porque si era verdad no me importaba nada, pero quería saber si era verdad. Fue atravesar todo eso”.

Adriana, 49 años, sectores medios

Los recuerdos sobre la primera relación sexual de los entrevistados se pueden agrupar en tres categorías: menciones básicamente descriptivas de la situación (edad de ambos, época del año, lugar en el que transcurrió); menciones positivas (enamoramiento y referencia a una situación “perfecta”), y menciones negativas, que son las más frecuentes en las mujeres adultas:

“No disfruté mucho, sufrí más de lo que disfruté”.

Daniela, 48 años, sectores populares

“Fue muy traumática. Yo sentí... a mí me quedó como una violación porque yo más allá de que obviamente me había excitado, en el momento crucial lo rechazo y él siguió. Y a mí me quedó marcado, me quedó la sensación de que yo lloraba... y él no me podía parar y no sabía qué hacer”.

Isabel, 47 años, sectores populares

“Fue la antítesis de lo que me venía pasando a mí con mi sexualidad porque yo me masturbaba y la pasaba muy bien, entonces creí que el coito iba a ser una continuidad de ese placer y yo me quedé mirándolo como diciendo no me pasa nada... cuando empieza?... un horror, nada...”.

Adriana, 49 años, sectores medios

“No sé si me acuerdo de la primera vez... sí de la primera que tuve un orgasmo, que fue a los tres meses después”.

Marcia, 46 años, sectores medios

“Fue con bastante culpa... y mala”.

Fernanda, 42 años, sectores medios

Los recuerdos negativos, en los que se destaca la falta de placer, también aparecen en mujeres y varones jóvenes, relacionados a la ausencia de amor en esa relación sexual, y comparan los inicios sexuales tanto con la versión idealizada que circulaba en el imaginario social como “inolvidable”, como con sus posteriores relaciones sexuales.

“Viste que todos te dicen “la primera vez...”, es mentira, que se yo. Yo por ahí a la chica no la quería mucho tampoco”.

Darío, 20 años, sectores medios

“La verdad que no fue nada, no tuve un orgasmo, nada que hace a una relación sexual linda, fue una experiencia... lo único que me alegra de esa experiencia es que comencé a usar tampones”.

Lola, 27 años, sectores medios

No fue habitual conversar sobre anticoncepción antes de la primera relación sexual, pero entre los entrevistados de este perfil la situación predominante fue la de cuidado, mayormente los jóvenes. Entre los que no usaron ningún método anticonceptivo no surgieron referencias al desconocimiento de métodos sino a “inconciencia”, “estar ahí, es una adrenalina”, “por imbécil”.

Los varones adultos manifestaron la diferencia generacional que impone el VIH/sida, no sólo comparando con los inicios sexuales de los jóvenes en la actualidad, sino también con su propia trayectoria sexual posterior:

“Lo que pasa que hay una diferencia fuerte generacional, con el tema del preservativo. En mi generación la mayoría no usaba preservativo, es más te diría que de hecho no lo usan. En cambio amigos más jóvenes lo tienen más incorporado. Los que iban con alguna prostituta la mina les hacía poner, me acuerdo que en el bar yo veía muchas prostitutas y me contaban la resistencia que les generaba a los tipos el preservativo”.

Adolfo, 49 años, sectores medios

Otro fundamento sobre el no cuidado anticonceptivo se basaba en la omnipotencia: “sabíamos que no queríamos hijos, pero no nos cuidamos”. Julio, adulto de sectores medios, cuenta que tomaron la decisión de no usar métodos anticonceptivos aunque los conocían porque les parecía más “romántico, que fuera sin nada”. Optaron entonces por calcular los días, es decir, un método natural. A partir de la segunda relación sexual “empezaron” a cuidarse.

Los entrevistados que utilizaron preservativo en la primera relación sexual señalaron diversos motivos de elección de ese método: conocido, común, barato, al alcance, “cuida de todo” (en referencia al embarazo y las ITS). Dos relatos de varones manifiestan la elección de ese método porque sólo requiere de uno mismo para el uso y es el que permite el cuidado individual:

“Es el más fácil de conseguir, el más accesible, es el que requiere menos pasteurización del tema, depende de uno ir a comprarlo. Los otros en ese momento tenían que ver con algún tipo de consulta que hiciera con el ginecólogo”.

Luciano, 40 años, sectores medios

“Para cuidarme yo, era el más seguro”.

Ramiro, 27 años, sectores medios

Los entrevistados de este perfil mencionaron haber aprendido a usar preservativos del “boca en boca”, en la escuela, algunos en su familia, de la “práctica” realizada previamente a la relación sexual; y las mujeres señalan que eran ellos los que sabían utilizarlo. Por lo general fueron los varones también los que lo compraron.

Luego de esa primera relación sexual se dieron diferentes situaciones: relaciones tanto circunstanciales como de noviazgo que finalizaron enseguida, sin embarazo; relaciones que hablaron (poco o mucho) sobre anticoncepción y siguieron con preservativo o cambiaron de método y no se embarazaron, y relaciones que manteniendo el preservativo o cambiando de método se embarazaron. Los embarazos producto de las relaciones con las parejas de inicio fueron, predominantemente, interrumpidos.

Respecto al cambio de método, la decisión se basaba en diferentes valoraciones sobre los métodos anticonceptivos y de acuerdo a la estabilidad de la pareja. Las parejas que siguieron utilizando preservativos duraron un par de meses. Las parejas que continuaron más tiempo, por lo general cambiaron de método, entre los adultos predominó el uso de diafragma y entre los jóvenes las pastillas anticonceptivas.

Los inicios sexuales de este perfil “técnico” dan cuenta de mayor conocimiento de métodos anticonceptivos y de posibilidades de acceso; pero también de relaciones más consensuadas o más dialogadas. Estas visibilizarían los procesos de democratización de la vida cotidiana que se señalaron en el apartado teórico siguiendo a Beck (1998), en los cuales aparece el tema del desarrollo profesional, el momento para tener hijos, la elección de métodos anticonceptivos, entre otros.

La iniciación sexual es uno de los temas más abordados en las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva (Manzelli y Pantelides, 2007) a pesar de ser relativamente nuevo, propiciado por la aparición del VIH/sida y la necesidad de entender las conductas sexuales. El inicio sexual suele ser concebido culturalmente como un pasaje, un hito en la vida de las personas. Conocer sobre el inicio sexual es relevante para comprender las trayectorias no reproductivas: cuanto más temprano ocurre, “es mayor la probabilidad de conductas que hacen vulnerables a las mujeres a embarazos no planeados, al contagio de enfermedades sexualmente transmisibles y a ser víctimas de coerción sexual”⁸³ (Manzelli y Pantelides, 2007:134).

Bozon (2003) da cuenta de tres modelos de entrada en la vida sexual. Uno en que las mujeres son presionadas para formar una unión con hombres de edad bastante mayor, por lo que los hombres tienen una vida sexual premarital larga y una iniciación más tardía que las mujeres. Otro modelo que trata de retardar la entrada de las mujeres en la vida sexual mientras que los varones son presionados para que prueben su masculinidad iniciándose tempranamente. Y un tercer modelo en el que existe cierta igualdad en la entrada a la vida sexual de varones y mujeres.

Los inicios sexuales analizados se ubicarían predominantemente en el segundo (los adultos) y en el tercer modelo de entrada a la vida sexual (predominante en los jóvenes) descritos por Bozon. Aisladamente, en el primer modelo se ubicarían los entrevistados del primer perfil analizado, aquellas entrevistadas con trayectorias de no cuidado anticonceptivo (mujeres presionadas por hombres con mayor edad).

Los hallazgos también coinciden con lo analizado por Villa (2007) sobre el consenso existente entre profesores y profesionales de la salud de la CABA acerca de que la principal preocupación sobre prevención en el inicio sexual por parte de los adolescentes está enfocada en los embarazos y no en el posible contagio de ITS y VIH. Algunos encuentran que los varones adolescentes se preocuparían más que las mujeres sobre la prevención del VIH/sida, en coincidencia con la mayor parte de la literatura (Weller, 2000; Gogna, 2005). Incluso, muchos profesionales opinan que

⁸³. Siguiendo a Geldstein y Pantelides (2003) coerción sexual es el acto de forzar (o intentar forzar) a otro individuo por medio de violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas, a participar de conductas sexuales contra su voluntad.

la preocupación en el debut por el propio desempeño sexual frente a la otra persona actúa poniendo en segundo plano la utilización efectiva de un método anticonceptivo, lo cual es característico en algunos de los inicios sexuales de los varones entrevistados.

Según los adultos entrevistados, los adolescentes actuales atravesarían sus inicios sexuales en mejores condiciones que ellos debido a los cambios en los valores sociales y en la socialización familiar que permiten hablar de estos temas. Los relatos de los varones dan cuenta de la opresión de la masculinidad hegemónica no sólo sobre las mujeres sino sobre ellos mismos (Kimmel, 1998; Viveros Vigoya, 1997), y la vulnerabilidad frente al cuidado o el no disfrute por lograr estar a la altura de las expectativas en una relación sexual.

En cuanto a las mujeres y siguiendo a Jelin (1998:114) el control sobre el propio cuerpo “implica el doble imperativo de que los otros (los hombres) no se consideren dueños de esos cuerpos y de que las mujeres tengan poder para resistir la coacción o la imposición por parte de esos otros”, coacción que se dio más en las relaciones más tempranas y en las mujeres de sectores populares, predominantemente en los perfiles conformados por entrevistados con pautas más tradicionales, que tampoco usaron métodos anticonceptivos.

En este sentido, los inicios sexuales de los entrevistados permiten dar cuenta de continuidades que trascienden a la reestructuración contemporánea, en el sentido de pautas de comportamiento sexual o roles de género que no se modifican rápidamente, una democratización de la vida cotidiana que llega lentamente al momento del inicio sexual y, en contextos de desinformación, sigue tornando más vulnerables a las mujeres a embarazos no planeados, ITS y coerción. A la vez algunos cambios como el uso generalizado del preservativo en los inicios sexuales más recientes, comparando con los de los adultos, y las decisiones de las mujeres de iniciarse sexualmente, y no por la demostración de la prueba de amor hacia el varón que presiona. También permiten decir que tanto la sexualidad como la anticoncepción dejan de ser tema tabú (tanto en las familias como en las escuelas); predominantemente entre los más jóvenes y en los sectores medios.

Capítulo 3: Decisiones anticonceptivas: el (no) control de la reproducción

En este capítulo se analizan las decisiones de los entrevistados en torno a la anticoncepción a lo largo de su trayectoria: los tipos de métodos anticonceptivos utilizados, los motivos de elección, el modo en que aprendieron a usarlos, el acompañamiento médico, la seguridad que sentían con el método, los problemas o fallas que tuvieron, y los motivos de abandono.

Perfil 1: Descuidados tradicionales

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto sin uso de técnica)

Los entrevistados que conforman este perfil no se cuidaron en la primera relación sexual y continuaron con esa misma pauta en las siguientes relaciones sexuales con otras parejas.

El varón que conforma este perfil argumenta que en su etapa de adicción a las drogas hacía lo que “en el momento viene, daba lo mismo robar, tener una relación sexual, era todo impulso”, y el cuidado anticonceptivo no se consideraba:

“Nunca tuve una conciencia en cuanto al cuidado ni mío ni de ella, jamás”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Las entrevistadas señalaron que en algunas relaciones de pareja no conversaron sobre el tema y en otras conversaron pero sin plasmarlo en el uso concreto de un método. Las esporádicas y limitadas conversaciones sobre anticoncepción quedaban acotadas a manifestar la preocupación por el embarazo, que por lo general, era sólo de las mujeres. Las respuestas de los varones eran el desinterés o la negativa frente al cuidado anticonceptivo, tanto a utilizar métodos anticonceptivos (el preservativo no les gustaba, “les molestaba” o “no sentían lo mismo”) como a que ellas utilicen uno:

“Yo le dije en ese momento, y me dice bueno si te quedás embarazada no importa”.

Ana, 40 años, sectores populares

“Porque él todos los hijos que venían, hay que tenerlo. Y la última tiene 15 y no me cuidé más, así que no sé, Dios habrá dicho basta de hijos. Porque le gustan y por la creencia”.

Claudia, 49 años, sectores populares

La desinformación sobre métodos anticonceptivos se mantuvo a lo largo de sus trayectorias. Mariana sintetiza la falta de asesoramiento en su trayectoria vital en relación a la anticoncepción:

“Cuando iba al médico o a la ginecóloga tampoco había una doctora que me dijera... “¿te querés cuidar?”... yo creo que si había algo en ese tiempo yo hubiera hecho algo. Incluso si mi mamá me lo hubiera dicho yo me hubiese cuidado pero como nadie me decía nada, yo no hacía nada. Sí me acuerdo que cuando quedé embarazada mi mamá me dijo si quería hacer algo para no tener pero yo le dije que no y después cuando la tuve no me dijo de cómo cuidarme, entonces quedó todo así. En la escuela más se hablaba de la menstruación que de cuidarse, no había tanta información”.

Mariana, 40 años, sectores populares

Las madres de las entrevistadas aparecen en los relatos en el momento del embarazo, para sugerir la interrupción como fue el caso de Mariana, o para definir las formas de atravesarlo de acuerdo a lo esperado socialmente, casamiento previo a hijo, como en el caso de Ana.

“Me acuerdo que había mucha gente, que había familiares y él me decía “dale decile”, y mi mamá me miraba con una cara... Entonces yo me paro y digo... saben qué, estoy embarazada. Y mi mamá dice “cómo vas a hacer esto” y lo miró a él y le dice “te podés ir preparando porque se van a tener que casar””.

Ana, 40 años, sectores populares

Los padres de las entrevistadas no aparecen en los relatos, consolidando así el ámbito de la anticoncepción como un campo de las mujeres. Los intentos fallidos de uso de algún método fueron a partir de sugerencias de mujeres del entorno familiar o amigas. En las relaciones de parejas en las que el varón aceptaba algún tipo de cuidado anticonceptivo —que fueron muy pocas y quedaron habitualmente en el plano de la conversación— se reforzaba esa noción, si no querían quedar embarazadas, ellas deberían ocuparse de hacer algo.

En la escuela tampoco recibieron información sobre anticoncepción; y al momento de su inicio sexual casi todos los entrevistados ya habían abandonado sus estudios. Los profesionales de la salud, en algunos casos, no les ofrecieron métodos anticonceptivos y, en otros, impusieron su mirada biomédica considerándolas por ejemplo “no candidatas” a la ligadura (Gianni y Zamberlin, 2011) por ser jóvenes.

Así, el control de la reproducción quedó predominantemente supeditado al azar y a las creencias:

“Como antes no había quedado estaba confiada que no iba a quedar nunca. Yo ahí pensaba, bueno, no puedo tener hijos. Estuve tres meses con él teniendo relaciones y no quedé embarazada, pensaba eso que no iba a quedar, que no iba a poder tener”.

Mariana, 40 años, sectores populares

“Ahí no nos cuidamos porque supuestamente estaba en la cuarentena, que no tendría que haber hecho nada o me tendría que haber cuidado, pero la médica cuando llevamos al control al bebe dijo que no me podía quedar embarazada porque amamantaba. Y él creyó eso [...] Cuando tocó el encuentro dijo no te vas a quedar... y ahí en la primera vez quedé”.

Ana, 40 años, sectores populares

Algo cambia en relación al cuidado con el pasar de los embarazos o los hijos, y las entrevistadas intentaron utilizar un método anticonceptivo. Excepcionalmente intentaron que sus parejas usen preservativos pero ellos no querían porque decían que era incómodo. Supieron de la existencia de métodos anticonceptivos tradicionales, pero tampoco los usaron porque no eran fáciles de aplicar ni de comprender, “lo de los días era un quilombo”. Ana tuvo varios intentos fallidos de uso de métodos anticonceptivos: probó con óvulos que no funcionaron, con pastillas que se olvidó de tomar, con una inyección que la engordó y no usó más.

“Me habían dicho que había unos óvulos –que tampoco sirven para nada–; yo no podía tomar pastillas porque estaba amamantando, entonces yo dije me voy a poner el óvulo, a escondidas de él también. Y me puse óvulos y me quedé igual, no sé si me lo puse mal, o mantuve mal las relaciones, pero no me hicieron efecto”.

Ana, 40 años, sectores populares

Con su última pareja señala que se “modernizó”, tanto en el ámbito de las relaciones sexuales como en el anticonceptivo, e intentó usar preservativos. Pero al poco tiempo su pareja le planteó tener un hijo y no quería usarlo más.

“Hoy modernizarse es eso: te conozco hoy, es hoy. Y de repente un chico –porque me pasó– te conocí hace media hora, vamos a la intimidad. Si le decís sí, vamos y sabés que salís de ahí y no te conoce más, le decís no y no te conoce en media hora. El final es el mismo. [...] Ahí yo ya andaba con los cositos [preservativos] en la cartera”.

Ana, 40 años, sectores populares

Las demás entrevistadas intentaron cuidarse con inyecciones, que le hicieron mal, en el caso de Claudia, y pastillas e inyecciones en el caso de Mariana pero que también abandonó porque le generaban problemas de salud. El intento de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres de este perfil significaba habitualmente

discusiones con sus parejas, motivo por el cual en varios casos lo hacían a escondidas. Esta razón también dificultaba la eficacia del método, porque por ejemplo para “no descubrirse” dejaban de tomar tres o cuatro pastillas anticonceptivas si ellos estaban presentes en el hogar.

En los casos que tuvieron relaciones sexuales con amantes no se modificó el comportamiento anticonceptivo y predominó el no uso de métodos, una de ellas incluso tuvo un hijo producto de esa relación paralela, al aceptar el no cuidado, situación que señala además la pudo haber expuesto al contagio de VIH/sida:

“Porque a él no le gustaba cuidarse, no quería. No sé por qué [...] Entonces yo le decía bueno está bien. Yo acepté el riesgo... Igual en ese momento no habrá tenido sida porque ya te digo tuve un hijo con él y mi hijo que hoy tiene 20 años es re sano también”.

Ana, 40 años, sectores populares

No fue habitual el uso de preservativos en la trayectoria sexual de ninguno de los entrevistados y mencionan que en los últimos años pensaron, por diferentes episodios que asocian como riesgosos, en el tema del VIH/sida: una ex pareja que falleció con esta enfermedad, la adicción del entrevistado a las drogas, las relaciones eventuales del marido.

“Como él entre medio de estar conmigo había tenido muchas relaciones, yo tenía más miedo por el sida, con el sida sí tenía más conciencia que con lo de quedar embarazada, yo tenía miedo, o sea él fue y vino varias veces [...] yo siempre me hice análisis, después de cada embarazo me hacían entonces yo estaba segura que no tenía y a mí me daba miedo”.

Mariana, 40 años, sectores populares

Cuando el entrevistado varón tenía sexo con parejas circunstanciales el uso de algún método también dependía de ellas; y refiere que una de esas mujeres “supuestamente tiene dos o tres hijos” de él. Con otra pareja, a la que consideró importante, usaron AHE, aunque la decisión no fue de él ni compartida porque él quería que quede embarazada y “trataba de convencerla” de que no use ningún método anticonceptivo.

“Con ella me paso todo esto del día después, ella se ocupó de todo eso, ella decía... “no te hagas problema, yo sé que hacer”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Mariana señala que hace tres o cuatro años comenzó a cuidarse y se pregunta “por qué antes no me pasaba esto por la cabeza”, aunque parte de las respuestas las

relataba ella misma: falta de educación sexual y la anticoncepción como un tema tabú en la familia.

En efecto, esos factores y la ausencia de anticonceptivos en instituciones de salud o no comprensión de los modos de uso indicados por los profesionales, las dificultades para negociar con sus parejas el uso de un método, sumado a un embarazo que “daba lo mismo” en tanto no interfería en otro proyecto personal o de pareja, son algunos de los componentes que caracterizaron las trayectorias reproductivas y no reproductivas de los entrevistados de este perfil, en las cuales la anticoncepción estuvo predominantemente ausente o fue utilizada de un modo esporádico y errático.

Perfil 2: Descuidados modernos

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto con uso de técnica)

Predominantemente las mujeres jóvenes de este perfil continuaron con su pareja de inicio sexual. Hablaron algo sobre cómo evitar un embarazo, generalmente luego de tener un hijo o un aborto, pero la anticoncepción no fue una dimensión central en sus trayectorias no reproductivas.

“Nunca me cuidé, nunca tomé ni una pastilla, nada. Después digamos que él se cuidaba, terminaba afuera. Yo le decía, y él nunca me decía que no, siempre estaba de acuerdo. Pero después ya empecé a tener [hijos]. Y decía quiero tener otro hijo y listo quedaba embarazada. Después del primero me quería cuidar pero no tomaba pastillas ni nada...”.

Miryam, 26 años, sectores populares

No obstante, y a diferencia de las entrevistadas del perfil anterior, las jóvenes de sectores populares que conforman este perfil sí señalan el ofrecimiento de métodos en las instituciones de salud barriales. Miryam relata que le dieron pastillas anticonceptivas en la sala del barrio, pero nunca las tomaba o se olvidaba.

“Digo para que voy a tomar una pastilla que la tomo dos días y me olvido de tomar. Porque yo vivía con mi abuela que tenía asma y yo la cuidaba. Entonces entre que mi hijo, mi abuela, esto y el otro, pasaba la hora y no la tomaba [...] entonces nunca más tomé”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Guadalupe pidió que le realizaran una ligadura, pero la ginecóloga le ofreció DIU considerando que aún era joven para esa práctica, y como a ella no le gustaba continuó sin protección anticonceptiva:

“Pedí la ligadura pero me dijeron que no era para mí, porque era muy joven. Hablé con la ginecóloga, y me dijo del DIU pero yo sé de qué nació un bebé con el DIU pegado en la frente, entonces no me gusta”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

Las entrevistadas coinciden en el conocimiento de métodos anticonceptivos y las opiniones sobre ellos: les cuesta usar pastillas anticonceptivas porque se olvidan la toma diaria; el DIU les genera inseguridad porque saben que “muchas en el barrio” quedaron embarazadas usándolo; el preservativo es rechazado por los varones y consideran además que en relaciones estables en las cuales predomina la confianza no es necesario para evitar ITS. El método que consideran más se adapta a sus requerimientos es la inyección hormonal. No obstante, al momento de la entrevista sólo Yanina había empezado a colocarse la inyección en los últimos meses, las demás lo estaban decidiendo:

“Después del aborto él me dijo que teníamos que cuidarnos, que tome pastillas, pero le pregunté a mi amiga y me dijo que era mejor la inyección, porque vamos a la salita una vez por mes y listo... las pastillas te tenés que acordar todos los días...”.

Yanina, 18 años, sectores populares

“Ahora me voy a empezar a poner inyecciones, porque yo me olvido de las pastillas... entre una cosa y otra llegan las once de la noche y ya del cansancio del día me olvido”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Guadalupe tuvo varias parejas. Con la segunda no se cuidaba porque quería tener un hijo. Al contar esta decisión y los motivos surge una situación de violencia con su primera pareja:

“Acá quería tener hijos, estaba segura. Porque él era muy bueno, el otro era violento, una vez me quiso pegar, sabés, y yo le encajé una maceta, no lo dejé”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

Con otra pareja no se cuidó porque amamantó a su hijo hasta los cinco años y pensaba que amantando no podía quedar embarazada. Y con otra pareja tampoco usó métodos anticonceptivos porque ella quería tener un hijo varón.

El no uso de métodos anticonceptivos surge en este perfil menos relacionado al desconocimiento o la falta de información. Se relaciona predominantemente con la decisión de tener un hijo, como lo describe Miryam:

“No me importaba quedar embarazada... yo ya estaba con él, tenía mi casa, él trabajaba, estaba bien. Y hasta ahora todos le dicen “¿cuántos pensás tener?”, y él dice hasta los diez no paro. Si cuándo tuve éste [8º hijo] yo al principio quería y después cuándo quedé dije otra vez todo de nuevo. Encima la gente, “otra vez” y yo digo si fuera que yo vivo de ellos, o les pido que vengan a cuidar a mis hijos. Una vez le contesté así a una vieja de las de acá, me dice “otra vez estás embarazada” y le digo discúlpame vos le das de comer a mis hijos, vos me los cuidás, no, le digo”.

Miryam, 26 años, sectores populares

El uso de métodos anticonceptivos por estas mujeres jóvenes es tan esporádico como las del perfil anterior, pero mencionan otras condiciones en la información y el acceso a métodos, y otras posibilidades de negociación con sus parejas. El no uso de métodos fue justificado, predominantemente, por “querer tener un hijo”. No obstante, el mayor acercamiento a las instituciones de salud, y tal vez la reiteración tanto de profesionales de la salud como de mujeres de su entorno (amigas y familiares) hace que al momento de la entrevista estuvieran evaluando el uso de un método anticonceptivo en el futuro.

Perfil 3: Tradicionales-tradicionales

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto sin uso de técnica)

Mariela, luego de tener a su primer hijo, volvió a quedar embarazada a los 15 años dado que continuaron manteniendo relaciones sexuales sin protección, y abortó. Ella quería continuar la escuela, pero “no conocía nada de ese tema” (sexualidad y anticoncepción), y no utilizó ningún método anticonceptivo en las relaciones sexuales.

Con su segunda pareja tampoco se cuidó, pero —al igual que las mujeres del perfil anterior— esta vez porque su pareja insistía en tener hijos dado que estaba separado y la madre de sus hijos le impedía el contacto con ellos:

“Y no nos cuidamos. Porfiada yo también, primero tenía miedo, yo le explicaba que ya estaba quemada, pero él me decía que no, que si se daba íbamos a tenerlo. [...] No era como el otro que no era responsable. Está bien que uno puede estar muy enamorado, muy excitado, pero por lo que me daba cuenta él era más responsable, quedé embarazada porque quería. [...] Después fue a mi casa, habló con mi papá y nos juntamos”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Con su tercera y actual pareja “fue mejor la relación no del primero ni del segundo sino con él”. En las primeras relaciones sexuales se cuidaba ella, con el método “del agua” que le habían enseñado en su familia:

“Yo agarraba, después que terminaba de hacer eso, que me explicó mi mamá y mi tía de que ni bien terminaba la relación tenía que tomar un vaso de agua así, sin respirar, entonces más vale que si sabía que iba a tener relaciones yo ya aprontaba el vaso con agua. Y ni bien terminaba tomaba agua. Y entonces como está todo caliente adentro eso te baja todo. Estuve unos días y después ya no, testaruda también y ahí quedé embarazada”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Entre un embarazo y otro comenzó a tomar pastillas, “cuando tenía [un hijo] salía del hospital con la pastilla en la mano”, su pareja no se oponía, pero venía cansada de trabajar y se olvidaba de tomarlas. En algún momento también utilizaron el método de retiro voluntario.

“Y después nacieron los otros ya más alargados, cada dos años los tuve. Y el último que se lleva más. Y ahora ya no enfermo más. Entre medio de los chicos me cuidaba con lo del vaso, eso que te decía. La doctora me dijo que tenga cuidado igual, mientras se me va retirando porque a veces podés quedar”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Pensó también en la ligadura pero cuando intentó solicitarla en el hospital, le pedían “autorizaciones no sé de quién, y que esto, y lo otro” y desistió. El preservativo a él no le gustaba (a los anteriores tampoco) y ella señala que “tampoco se siente lo mismo”. Además el VIH/sida no era un tema preocupante.

Mariela considera que “las cosas cambiaron” y ejemplifica con su historia. Cuando quedó embarazada de joven, toda la familia opinaba sobre la situación; mientras que con su actual pareja —ella tenía 26 años cuando comenzaron a salir y él 16— decidieron irse de la ciudad en la que vivían porque la madre de él no “aprobaba la relación”.

“Toda mi familia, estaban todos malos “que esto, que aquello”; lo cazaban a mi papá y le decían “decile esto, lo otro”. Ellos cuando la segunda vez decían “sí hacéselo sacar, que vas a hacer con otro hijo”, siempre hay un tercero que si tiene que meter la cuchara, aprovecha”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Otro cambio lo nota en la juventud, a partir de las experiencias propias con sus padres y con sus hijos: antes “tenías que hacer lo que te decían tus padres”, y ahora “si vos no los apoyás se te van o además tiene el apoyo del juez de menores”. Y, un último cambio, en relación al acceso e información sobre métodos anticonceptivos

en las instituciones de salud como en las familias y otros ámbitos de socialización “yo no me acuerdo que se haya hablado ese tema como se habla ahora, ahora sí”.

Su trayectoria anticonceptiva fue predominantemente con métodos tradicionales, que se enmarca también en una historia reproductiva tradicional: padres que deciden los “momentos” adecuados para tener hijos, para abortar y para convivir y terceros que intervienen en las relaciones de pareja.

Perfil 4: Tradicionales-modernos

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto con uso de técnica)

Los entrevistados que conforman este perfil no se cuidaron en las primeras relaciones sexuales, o utilizaron el método de retiro voluntario. Con las siguientes parejas continuaron con ese método. Con su segunda pareja Belén pretendía seguir usándolo, pero él lo hacía a veces, quedó embarazada y abortó:

“Yo tampoco tomaba conciencia de sí podía tomar algo, yo quería que él se cuide como se cuidaba mi novio anterior, y por ahí a veces lo hacía y a veces no, y yo siempre con ese temor de quedar embarazada, siempre pensando en mi papá, que me mataba, viste...”.

Belén, 46 años, sectores populares

Gustavo tampoco se cuidó en la primera relación sexual con su segunda pareja, y si bien luego conversaron sobre métodos anticonceptivos, el embarazo llegó antes que la elección y uso de alguno:

“Después pensamos cuidarnos, pero ocurrió primero, quedó embarazada primero de adoptar un método. Fue como que al haber tanta pasión eso condicionaba un poco, y esto que te digo, que compartíamos tantas cosas”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

Interrumpieron esa primera gestación y el método anticonceptivo que utilizaron luego (retiro voluntario) tampoco le daba seguridad. Destaca la desinformación sobre anticoncepción que primó en sus primeras relaciones de pareja:

“El método después era no acabar adentro, después de algunas veces, cuando bajamos un poco nuestras pasiones, seguíamos así de esa forma... temiendo. Nos faltó capacitación, nos faltó... pensemos que veníamos de una época en que no se hablaba de esas cosas”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

Sergio con su segunda pareja también usó el método de retiro voluntario, ella quedó embarazada y abortaron.

“Una cosa muy infantil, muy adolescente. Lo pensábamos, y por eso yo terminaba afuera. Pero nos “desocupábamos” por igual en realidad”.

Sergio, 45 años, sectores populares

Y repitió la historia con su tercera pareja, con quien usaron otro método, también natural, el de las fechas:

“Nos cuidamos de la misma manera [retiro voluntario] y también volvió a quedar embarazada, volvió en mi caso... quedó embarazada. No lo elegí, no se hablaba, era algo que se hacía. Creo que era algo más de la mujer, yo tenía una pareja muy amiga donde ella se cuidaba, era un tema de ella. También ver las fechas... veíamos porque si era fecha propicia no era necesario el retiro voluntario”.

Sergio, 45 años, sectores populares

El entrevistado joven de este perfil fue el único que con su segunda pareja utilizó preservativo, aunque sólo en las primeras relaciones sexuales y luego utilizaron un método natural:

“Se usó mientras la relación fue “de onda”, después pasó a ser un noviazgo y ahí ya no nos cuidábamos más... no había ningún método de protección de ninguno de los dos, porque yo acababa afuera... y hubo una noche que con copitas de más fue adentro, no sé si está bien dicho así. Pero ella estaba indispuesta, estábamos en pedo, no sé qué se me ocurrió y me dijo que cuando estaba indispuesta no pasaba y fue y quedó embarazada”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

Evalúa por qué no cambiaron de método, enfatizando en la responsabilidad anticonceptiva de la mujer:

“Ella por vaga, por desconocimiento, no sé, por paja de no ir al ginecólogo. Yo le decía que estaría bueno pero tampoco me preocupaba mucho, si no lo haces por vos, yo no...”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

Todos los entrevistados que componen este perfil atravesaron por la experiencia de un embarazo utilizando el retiro voluntario como método y con sus segundas parejas sexuales. Y todos abortaron. No obstante, ni en esa relación de pareja, ni con las siguientes parejas, cambiaron de método anticonceptivo.

Belén hace 27 años está con su tercera pareja, que se cuida también con retiro voluntario, en parte porque era el método que ella le pedía y en parte porque “salía de él también cuidarse así”. Tuvieron dos hijos. En algún momento usó inyecciones,

recomendadas por su suegra, “por temporadas, cuatro, cinco meses y descansaba” y volvían al uso del retiro voluntario.

“Fue todo rápido... Estuvimos de novio unos cuatro meses, después nos fuimos a vivir juntos y queríamos tener un hijo... mirá vos que locura. Así que a los dos meses de estar juntos quedé embarazada, porque queríamos los dos”.

Belén, 46 años, sectores populares

Gustavo recuerda que algunas parejas hablaban de una “ruedita, que tenía los días marcados” en los cuales se señalaba la menor probabilidad de embarazo de acuerdo al ciclo femenino, que él nunca entendió pero que ellas usaban. Con su actual pareja, primaron sobre el cuidado anticonceptivo la confianza y la estabilidad:

“Nos preguntamos si teníamos otras parejas, fue una relación de confianza y sinceridad. A ella se le retira al poco tiempo, entonces ya no es necesario cuidarnos. Pero en la primera no lo hablamos. No teníamos otras parejas con las que estemos intimando”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

Gustavo es el único que manifestó haber utilizado AHE luego de una relación sexual en la que no se cuidaron y una prima de su pareja la sugirió y la compraron en la farmacia. Y también es el único que señaló haber pensado en la vasectomía, para que la “mujer no tenga todas las responsabilidades”, pero no la hizo.

Sergio reflexiona sobre el retiro voluntario como método anticonceptivo señalando que es “extremadamente inseguro, hoy ni loco se me ocurriría usar algo así” y refiere también a lo planteado por Gustavo en cuanto al conocimiento de métodos y la información circulante en la actualidad, a diferencia de su adolescencia. Nota también un cambio de roles en mujeres y varones:

“Creo que hay algo relacionado a lo generacional. La generación de mis padres tenía muy en claro cuál era el rol femenino y cuál era el masculino y eso en mi generación empezó a cambiarse, por algo hay tantas separaciones de gente de mi edad. Y muchos no dábamos el rol masculino que se esperaba de nosotros y que de alguna manera nosotros también esperábamos de nosotros [...] eso generaba al menos en mí, un gran conflicto”.

Sergio, 45 años, sectores populares

Así, la desinformación sobre métodos anticonceptivos y la transmisión entre pares o por experiencias con parejas anteriores fueron dando lugar a trayectorias anticonceptivas donde primaron los métodos tradicionales. También los estereotipos sobre roles y comportamientos sexuales influyeron, consideraban que la mujer se debería encargar de la anticoncepción y, no lo conversaban.

Perfil 5: Modernos limitados

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto sin uso de técnica)

En su inicio sexual Verónica utilizó preservativos y Cecilia no se cuidó con ningún método. Pero enseguida conversó con mujeres del entorno familiar y decidió usar también preservativos. Con las siguientes parejas, ambas continuaron utilizando ese método:

“Era de esos que se cuidan siempre. Él usaba porque no quería tener hijos, no quería compromisos”.

Verónica, 27 años, sectores populares

“Con él ya fue más rápido, yo era más grande era otra cosa. Dos semanas pasaron, lo fuimos hablando, nos cuidamos con preservativos porque era más fácil para usar”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

En el caso de Verónica el embarazo, que interrumpió, fue producto de una relación sexual en la que no se cuidaron:

“Esa vez estábamos los dos en una fiesta y salimos y estábamos re tomados los dos y esa vez no nos cuidamos. Y él era muy así como de que no quería sin cuidarse, más de hombre grande”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Cecilia y su pareja decidieron, luego de un tiempo, tener su primer hijo y posteriormente creyó que no podía quedar embarazada mientras amantaba, pero quedó e interrumpió esa segunda gestación:

“Después yo no me cuidé y volví a quedar embarazada y ahí es cuando estaba todo mal con él... la beba tenía seis o siete meses y no nos cuidábamos porque como yo le daba la teta me confié en eso. Me habían dicho que amamantando no te quedás embarazada”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

Señalan que el uso de preservativo a lo largo de su trayectoria no reproductiva fue más para evitar un embarazo (elegido por comodidad frente a otros métodos) que para prevenir el VIH/sida, “porque en ese tiempo no se hablaba tanto”. Ambas continúan usando preservativos, aunque sus parejas no quieren porque les resulta incómodo. Frente a eso Cecilia manifestó “que diga lo que quiera, lo usamos igual”; mientras que Verónica señaló que a veces no lo usa y en los casi cuatro años que lleva con esa pareja tuvo un aborto espontáneo, dos hijos y al momento de la entrevista cursaba otro embarazo.

“Además mi pareja me dijo que ni se me ocurra hacerme algo [otro aborto], él es anti eso. Me dice que ni se me ocurra que por algo vienen, y yo le digo que sí, que porque no se cuida. Porque a él le molesta mucho entonces usamos a veces sí y a veces no, a él no le gusta. Y yo tampoco soy de tomar pastillas ni nada por el estilo”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Las entrevistadas consideran, al igual que las de los perfiles anteriores, que son olvidadizas para tomar pastillas anticonceptivas y el DIU no les parece un método seguro porque conocen muchas mujeres que se embarazaron utilizándolo. Verónica esperaba que el bebé por nacer cambie de postura para que puedan hacerle cesárea y ligarle las trompas porque en el hospital le dijeron que esa era la única forma de realizar esa intervención:

“Y ahora para cuando tenga éste pregunté por la ligadura de trompas y me dijo que te la ligan nomás si te hacen cesárea y yo lo voy a tener normal, al menos que éste me haga el favor de atravesarse y me la puedan hacer porque yo ya no quiero tener más hijos”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Las trayectorias anticonceptivas de estas entrevistadas se restringen al uso del preservativo. Dado que el uso de ese método requiere la negociación con sus parejas, que no les es fácil —no sólo porque ellos afirman que les resulta incómodo sino también porque consideran que es un método más apropiado para cuando las parejas se inician o no son estables— esa decisión anticonceptiva acota su posibilidad de decidir cuándo y cuántos hijos tener, cuando la negociación se trunca o no se sostienen los acuerdos en el momento del acto sexual.

Perfil 6: Semi-modernos

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto con uso de técnica)

Los jóvenes que conforman este perfil —tanto mujeres como varones y de ambos sectores socioeducativos— usaron preservativo en sus inicios sexuales, de modo “automático”, como un hábito “incorporado”, sin reflexión. Y así continuaron sus trayectorias anticonceptivas.

Las mujeres jóvenes de sectores populares quedaron embarazadas, una abortó y la otra fue madre a los 15 años. Algunos entrevistados suponen que el preservativo fue mal colocado, que lo usaron una vez iniciada la relación sexual, o que se rompió. Lo

sucedido en relación al uso del preservativo y los embarazos en esas relaciones sólo aparece con claridad en el caso de Sofía:

“Siempre lo hacíamos cuidándonos y bueno queríamos experimentar... y experimentamos de más...” (Se ríe).

Sofía, 21 años, sectores populares

Es indiscutido el uso del preservativo con parejas ocasionales, principalmente para prevenir el VIH/sida y otras ITS, al igual que al inicio de una relación afectiva, cuando no se conoce aún a la pareja sexual:

“Una, que yo no quería quedar embarazada, y otra que yo no lo conocía del todo, no podía estar con él sin preservativos, no sabía nada de él, por alguna enfermedad...”.

Sofía, 21 años, sectores populares

“Yo estaba acostumbrado por eso que te decía que estaba sin pareja estable... entonces ya lo tenía como costumbre de usar preservativo”.

Miguel, 25 años, sectores populares

“Yo por responsable, sabía que tenía que usar preservativo automáticamente, ni se habló. Por la edad que tenía, que recién la conocía... ya sabía. No fue necesario que ella lo dijera”.

Ramón, 27 años, sectores populares

Sin embargo, cuando las parejas se consolidaron, el uso del preservativo quedó habitualmente en un “modo suspendido” en algunas relaciones sexuales. Los entrevistados de este perfil no abandonaron el preservativo por otro método moderno. Caracteriza sus trayectorias anticonceptivas el uso del preservativo en algunas relaciones sexuales, mientras que lo dejan de usar en otras, de acuerdo a las fechas del ciclo femenino o porque usan el retiro voluntario, es decir, métodos naturales. El motivo habitual de abandono del preservativo, mencionado por todos los entrevistados de este perfil, es la estabilidad de la pareja y la confianza:

“[...] supongo que al tener tanta confianza... dejamos de usar preservativo. Y empezaron a venir los riesgos. Por la fiaca o por lo que se siente, por todo...”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

“Más que nada lo usábamos por embarazo, no por lo del sida. Porque viste que el globito es choto, vos decís te cuidas, pero mi marido viaja y yo que sé en dónde anda él y si está con alguien que está enferma viene y me enferma a mí. Pero también es medio difícil usarlo siempre, porque vos con tu marido no vas a estar toda la vida poniéndote eso. Es más el día que querés tener un hijo, vos te cuidaste siempre pero vos que sabés que hace”.

Luciana, 24 años, sectores populares

Y cuando comenzaron a usar el preservativo de esa forma alternada con métodos naturales, en varios casos, llegaron los embarazos. En las experiencias de estos entrevistados no habría “fallas” del método, dado que las veces que mencionaron roturas de preservativos no se produjeron embarazos. Fue en las relaciones sexuales que “se confiaron” y sólo usaron métodos naturales en las cuales se produjeron los embarazos. Pocas gestaciones terminaron en un hijo, predominantemente fueron interrumpidas.

Sobre los métodos naturales —que se alternaban de acuerdo a la ocasión, al momento de la pareja, si había o no preservativos disponibles, entre otros motivos— Ramón señala que “creía que era una buena posibilidad y me he dado cuenta que no”, su pareja quedó embarazada e interrumpieron la gestación. En el caso de Sofía, el uso intercalado del preservativo en un momento de su trayectoria anticonceptiva se debió a que estaban pensando tener un hijo:

“Después me empecé a cuidar de nuevo, siempre con preservativos, otra cosa no. Y después volví a quedar otra vez embarazada, pero eso fue que más lo buscamos.... A los 18 tuve al segundo, usábamos, no usábamos [preservativos] así porque queríamos tener”.

Sofía, 21 años, sectores populares

El uso del preservativo es, para los entrevistados, un tema que compete al varón. No obstante, señalan que la preocupación por la anticoncepción era de ambos miembros de la pareja, ya que si bien no hablaron mucho sobre el tema, las mujeres controlaban o confirmaban que el varón tuviera preservativos:

“Era más “tenés preservativo, ponete”, no era mucho. El preservativo es del hombre, o sea nunca le diría... con ella me cuidé siempre, siempre, y creo que era más responsable ella ahora que recuerdo...”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

“Por ahora seguimos con preservativo, yo lo uso pero ella también se preocupa de que lo use, estamos viendo de cambiar por otro método”.

Miguel, 25 años, sectores populares

“Como indicador el preservativo lo tenía yo... pero si no lo tenía no sé si [ella] lo hubiera permitido”.

Ernesto, 27 años, sectores medios

“No se habló pero fue automático, abrió la mesita de luz y tenía todo lleno de preservativos. Ahora yo además no cedo... pero con los chicos que estuve después ninguno me dijo de no usar”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Catalina “accedió” a no usar preservativo con una sola pareja. Quedó embarazada, abortó y además la contagió del Virus del Papiloma Humano (VPH):

“Él no quiso, y... acabó afuera, pero eso no es cuidarse. Pero en ese momento yo pensaba que sí. Vos sabés la taradez que pensaba, que era un método que funcionaba pero que en el colegio no te decían que funcionaba porque si no nadie se cuidaría contra el sida [...] De ese modo rudimentario los dos... yo era como que estaba tranquila, y re ingenua. Pensaba que no me podía contagiar de nada, él también me corría con el tema este “que te pensás que te voy a contagiar de una enfermedad” y de hecho el HPV otra persona más que él no me la pudo haber contagiado y se re enojó cuando se enteró, se re ofendió”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Su pareja quería que ella tome pastillas, ella no porque decían que hacían engordar. Además, no quería ir al ginecólogo porque era “asumir que tenía relaciones sexuales” y en su familia no estaban al tanto del noviazgo. Es la única mujer de sectores medios que señaló que la sexualidad era un tema tabú en su familia, e incluso cuando atraviesa por el aborto culpa a su madre por no haber hablado del tema.

“Él siempre me decía “vos te tenés que cuidar, no yo”, pero no me decía no yo como una cuestión machista sino que me decía porque después las dejan embarazada y se van, medio de padre, porque mirá mi cuñada, me decía, la dejaron embarazada y se fueron, por eso “vos tenés que preocuparte de eso”. Él no contemplaba para nada el tema del sida”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Ella señala que él no contemplaba el tema de las ITS, que el cuidado que sugería era sólo anticonceptivo y supone que es quien la contagió de VPH. Ella tampoco lo contempló. Señala también que él insistía con el uso de métodos en una actitud no machista, pero no quiso usar preservativos en toda la relación de pareja.

Juan refiere que averiguó sobre varios métodos y decidió cuidarse él (con preservativos) porque “inyecciones, pastillas, dependen de la otra persona”.

“Después probamos con las pastillas pero como hay que tomarlas todos los días a la misma hora y si se olvidaba había que estar siete días sin tener relaciones... Como que no funcionaba. Y pensamos en las inyecciones pero por ahí provoca otras reacciones en el cuerpo, mucho cambio de humor, descompone del estómago, eso es lo que nos dijeron cuándo averiguamos para hacerlo, entonces no se las puso nunca”.

Juan, 18 años, sectores populares

Sin embargo, en otro momento de la entrevista, cuenta que un día entró la suegra a la habitación a preguntar con qué se cuidaban y él le dijo “es algo que tenés que

hablar vos con tu hija”. A pesar de sugerir con este comentario que la anticoncepción es “cosa de mujeres” le contestó que con preservativo:

“Y me dice que el preservativo no es seguro, no es un anticonceptivo. Siempre le tuve confianza, pero cuando me dijo eso es como que me generó dudas, yo seguía con mi pensamiento de que era seguro [...] Si no porque lo recomiendan en la tele”.

Juan, 18 años, sectores populares

A diferencia de los entrevistados de los perfiles anteriores, varios entrevistados — predominantemente jóvenes— refirieron conocimiento y uso de la AHE:

“La tomé varias veces, tenés hasta 72 horas y después de las 72 horas dicen que ya no te hace nada... me dijo la farmacéutica que si vos dejás pasar el tiempo es como lo agarra más todavía. [...] También dicen de tomar perejil o el gualaguay del parque”.

Luciana, 24 años, sectores populares

“Sí, una vez que se quedó el forro adentro, él no había llegado a acabar, pero dijo “nos vestimos” y nos fuimos a buscar la anticoncepción de emergencia. [...] Me dolía la cabeza, tenía náuseas... sí. Yo sabía que era segura, pero el miedo me había quedado”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Aunque ellas o las parejas de ellos no hayan usado AHE, conocen ese método y relatan que “muchas amigas la tomaron”. Leonardo y su pareja la conocieron cuando buscaban cómo realizar el aborto, pero como ya había pasado mucho tiempo no se la recomendaron:

“[A sus amigas que usaron AHE] Le fue bien por lo que veo, pero mucha gente dice que eso puede pegar más el embrión. Porque es un shock de hormonas, y eso lo hace despegar... entonces esta mina me dijo que era peligroso porque puede hacer que se peguen más, que no era tan seguro como parece. Yo igual no diría disfruto como loco total después toma la pastilla del día después, ni ahí”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

Los entrevistados que conforman este perfil, frente a la pregunta sobre el método utilizado mencionaron el preservativo desde la primera relación sexual, es decir, expresan cierta forma de cuidado normativa, entendiendo que el uso del preservativo reporta tanto cuidado anticonceptivo como prevención de VIH/sida y otras ITS. No obstante, al indagar en las experiencias de embarazo o de uso de AHE surge un uso del preservativo esporádico e intercalado con métodos naturales. Si bien conocen otros métodos anticonceptivos modernos, pareciera que la idea de cuidado frente a VIH/sida y otras ITS que “suspenden”, al dejar de usar preservativos, cuando la pareja es estable o ya hay confianza también funciona para la anticoncepción. Es decir, dicen usar preservativos, pero en algunos momentos

que se consideran adecuados en función del ciclo femenino, se suspende también su uso como método anticonceptivo.

Perfil 7: Modernos-tradicionales

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto sin uso de técnica)

Se señalaba anteriormente que el inicio sexual de Sandra reunía varias condiciones de desventaja en el ejercicio la sexualidad: desinformación, desconocimiento, coerción de su pareja y ocultamiento a la familia. Con su segunda pareja sucedió lo contrario:

“Nos pusimos de novios formalmente, iba a mi casa... a verme a mí, a mí me empezó a gustar, no teníamos todavía relaciones, es como que me costaba porque yo estaba todavía acostumbrada a mi primer novio y después de tres meses tuve relaciones con él. Y ahí me gustó, fue muy cariñoso, muy amable, me trato con suavidad [...] me trato como una reina, me hacia el amor despacio, por eso me enamoré y todo”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Él usó preservativos, como ella era chica considera que utilizando ese método anticonceptivo “la cuidó”, es decir, tomó la responsabilidad en la anticoncepción que correspondería a las mujeres para cuidarla a ella, más que para evitar en pareja un embarazo no planeado.

“Él me dijo “mirá podés quedar embarazada, yo me voy a cuidar, vos sos muy joven”... y se hizo cargo de mí, me cuidó... No me embarazó durante un año. Él era muy responsable”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Siguieron con ese método por algo más de un año y luego dejaron de usarlo. Ella quedó embarazada, no lo sabía cuándo una paliza de sus tíos le provocó un aborto. Y luego decidieron dejar de cuidarse para buscar un embarazo:

“Lo buscábamos porque estábamos mal los dos, quería un bebé él, quería que me sienta mejor como había perdido mellizos. Antes de llegar a los dieciocho estaba embarazada”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Después de un tiempo tuvo a su segunda hija, pero señala que “ahí ya sabía cuidarme” y utilizó DIU, preservativos y cremas espermicidas durante varios años. También refiere haber utilizado el retiro voluntario y las fechas, ambos métodos naturales que fallaron. Pensó en la ligadura pero le dijeron que no convenía “porque te puede producir cáncer, trastornos en la cabeza, porque es como que atas la vida”,

aseguró. No usó nunca AHE. Es una de las pocas entrevistadas que señala que alguna de sus parejas usó viagra, su amante actual.

La trayectoria anticonceptiva de Sandra refleja el paso del desconocimiento de métodos al conocimiento y uso de varios métodos, relacionado en parte a un entorno de amigas que los sugieren y al contacto constante con el sistema de salud atendiendo su salud y la de sus hijas y porque trabajó en limpieza en un hospital por unos años, teniendo contacto asiduo con los profesionales de la salud.

Perfil 8: Modernos-modernos

(Trayectorias con varios MACs modernos– Aborto con uso de técnica)

Las mujeres y los varones, jóvenes y adultos de ambos sectores socioeducativos, (aunque predominan los de sectores medios) que conforman este perfil no conversaron o conversaron muy poco sobre anticoncepción antes de sus inicios sexuales pero la situación predominante fue la de uso de algún método.

Los varones jóvenes, tanto de sectores medios como el único de sectores populares que conforma este perfil, siguieron patrones anticonceptivos similares. Usaron preservativos en sus inicios sexuales y lo siguieron usando con sus siguientes parejas, porque “había que usarlo” al comenzar una relación. Señalaron la escuela como uno de los ámbitos de aprendizaje, otras fuentes son pares y familiares:

“En una clase del colegio... el profesor de biología explicaba con una banana en el frente... te explicaba cómo ponerlo... daba una clase de métodos anticonceptivos... hinchaba mucho las bolas con el forro, para que uno practique y todo”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Con el paso del tiempo se dan dos situaciones: un pasaje gradual a otro método anticonceptivo, consultando a ginecólogo/a, ponderando ventajas y desventajas de métodos, conversando sobre el tema en la pareja y en algunas oportunidades con otros (pares y familiares); o una decisión tomada abruptamente tras un embarazo que marca “la necesidad” de cambiar de método.

“Y lo usábamos el 90% [Preservativo], se nota que esa vez pasó algo, fue el momento justo. En cierta forma se guiaba por las fechas y yo controlaba afuera. Pero se nota que pasó algo en esto [...] No es que te olvidas del embarazo, lo tenés presente, está en la cabeza pero decís... “dale que va, no me importa un carajo”... y ese es el gran error”.

Roberto, 21 años, sectores medios

Si bien se reconoce el “error” en ese uso suspendido del preservativo, también se relaciona el embarazo a una situación del azar:

“Por ahí me contradigo con esto que te decía que lo abría con la boca, pero sí sabía usarlo. Por más que se hayan pinchado dos veces yo creo que tuve mala suerte, tengo confianza”.

Darío, 20 años, sectores medios

Predominantemente son eventos problemáticos asociados al preservativo (fallas, roturas) los que llevaron a conversar sobre anticoncepción en la pareja.

“Al principio no se hablaba del embarazo porque realmente nos cuidábamos, hasta que una vez tuvimos la desgracia de que se nos pinchó un forro y ella ahí sí tomó las pastillas del día después y gracias a Dios no pasó nada, no quedó embarazada, ni tuvo problemas”.

Darío, 20 años, sectores medios

Luego de ese episodio la pareja de Darío comenzó a tomar pastillas anticonceptivas porque la “ginecóloga le dijo que era lo más seguro, que un preservativo se puede pinchar siempre y no tiene que esperar que pase eso”. Entre estos jóvenes de sectores medios fue común la consulta con un profesional para informarse y ponderar diversas opciones anticonceptivas:

“Estuvimos discutiendo a ver qué opciones había, ella le consultó a su ginecóloga, le recomendó usar diafragma, con forro, y con espermicida y todo... pastillas le dijo que no por las hormonas, DIU tampoco no sé por qué... y quedó diafragma cómo lo menos invasivo para el cuerpo de ella”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Las experiencias de rotura de preservativo o falla de algún otro método generaron, además del cambio de método en la pareja con la cual sucedió, inseguridad en posteriores usos con otras parejas. Cuando cambiaron de método (de preservativo a otro método) señalaron sentir más seguridad; no por la falta de confianza en el preservativo sino a sabiendas de la frecuencia de uso “suspendido” que tenían de ese método en las relaciones sexuales:

“Con ella fue salvaje sí, una historia larga, hubo de todo ahí. Lo que más recuerdo es eso, que muchas veces no nos cuidábamos. Y muchas veces si no nos cuidábamos es porque acababa afuera. Tipo a los dos años ella tomó pastillas también, y ahí estaba todo bien”.

Ramiro, 27 años, sectores medios

Cuando comenzaron a cuidarse con un método diferente al preservativo — predominaron los anticonceptivos orales—, la responsabilidad recayó, invariablemente, sobre las mujeres. Situación reconocida por los varones aunque señalen que la anticoncepción era un tema del que se ocupaba los dos:

“Lo manejábamos los dos, pero ella tomaba las pastillas todas las noches, nunca se olvidaba, ella sabía cuidarse”.

Darío, 20 años, sectores medios

“Ella se tenía que encargar de tenerlo encima [diafragma]. Yo por ahí lo iba a comprar, compraba las cremas espermicidas, eso lo hacía yo. A veces en el momento se lo ponía yo, no es que me olvidaba, pero bueno, era ella la que se tenía que encargar de tenerlo”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Jony señala no haber insistido a su pareja para que tome pastillas o no haga el descanso porque era “su cuerpo”, pero considera que al no estar cuidándose lo suficiente, el resultado de las relaciones sexuales desprotegidas implicaría también una intervención sobre el cuerpo, sea AHE o un aborto:

“Ella estaba en descanso de las pastillas y no se llevaba bien con las pastillas. Decía que más allá de que ahora vienen casi sin carga hormonal, ella notaba cambio de humor... que era una intervención muy fuerte sobre su cuerpo y no quería. Yo jamás le dije nada tampoco, no le insistí. Pero lo que pasa es que no nos cuidábamos lo suficiente, y eso podía desembocar en una intervención muchísimo más fuerte sobre su cuerpo”.

Jony, 27 años, sectores medios

En su trayectoria anticonceptiva Jony atravesó momentos en los que no usó preservativo por motivos de diversa índole. Con una de sus parejas porque ella tenía problemas de salud y el látex le hacía mal, después de un tiempo pudieron utilizar y quedó embarazada una semana antes del turno “para pedir pastillas porque no nos sentíamos seguros y habíamos tenido accidentes con preservativos”. En otra relación tampoco se cuidó porque “estaba todo el tiempo de la cabeza”, no tenía mucho control sobre el cuerpo porque consumía marihuana, cocaína, LSD y alcohol.

La noción de estabilidad y confianza en la pareja como condición para no usar el preservativo o usarlo sólo por el aspecto anticonceptivo (es decir, no como medida de prevención de VIH/sida y otras ITS) es repetida a lo largo de las trayectorias anticonceptivas, tanto de varones y mujeres como de jóvenes y adultos.

“Yo igual sé con quién estoy. Con mi novia es más que nada por el embarazo. Mi novia no tiene sida, en eso no pienso. Ojo, sé que ella puede tener relaciones con otro, o de la forma más pelotuda te contagias, cuando decían agujas en el colectivo...”.

Darío, 20 años, sectores medios

Lo que se negocia en las parejas de estos jóvenes no es el uso de preservativo en la relación sino el uso del preservativo en las relaciones sexuales que, eventualmente, se tuvieran por fuera de la pareja: “cualquier cosa que hagamos fuera de esto tiene que ser con profilaxis, porque ya no te estás cuidando vos, estás cuidando al otro”.

Roberto es el único que refiere quejas de las mujeres frente a la incomodidad del preservativo “que duele o raspa”, tema que predominantemente fue mencionado por las mujeres (la negativa de las parejas a usar preservativos). Pablo también señaló un uso sistemático del preservativo, “consciente pero resignado”. Ambos refiriéndose a relaciones eventuales, asociadas al desconocimiento y la falta de confianza.

Sobre otros métodos, los jóvenes señalaron que en diversas oportunidades a lo largo de su trayectoria sexual usaron el retiro voluntario pero sabiendo que no se trata de un método anticonceptivo “en realidad no es una falla, para que sea falla tiene que tener la posibilidad de evitarlo... es lo que sucede”.

El acompañamiento médico se da frecuentemente con las pastillas y es “inevitable” con el uso del DIU, “entra el médico ahí”, y por lo general, este método sólo es aceptado por los profesionales luego de que la mujer tuvo un hijo. Usaron además, y en diversas situaciones, AHE. Su uso fue más frecuente en los últimos años, señalan que al principio de su trayectoria sexual “no teníamos ni idea... nos asustábamos, nos hacíamos un Evatest, la pasábamos mal... y así”. También siente inseguridad usando AHE:

“El Inmediat [marca de AHE] sabía que tenía una probabilidad que no era 100% eficaz, que mejoraba mucho las chances de no quedar embarazada pero tampoco era “deja de dormir con frazada”, entonces la tomaba, pero yo me quedaba esperando hasta que se indisponga para que no haya quilombo”.

Pablo, 27 años, sectores medios

En coincidencia con lo señalado por la bibliografía, el uso de viagra —si bien no es frecuente— es recreativo o relacionado con la virilidad:

“Al principio alguna vez para divertirme... para probarlo... yo hacía años que estaba con ella, quería ver qué onda... y después algunas veces, en primeras veces por inseguridad, que sabía que me iba poner nervioso y sentía que no se me iba a parar por algo”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Las mujeres jóvenes expresan un comportamiento anticonceptivo similar y, tal como sucedía a las parejas mujeres de los entrevistados analizados antes, son las que se encargan de la anticoncepción cuando se pasa del preservativo a otro método:

“Ahí era todo mi decisión, la que pensaba era yo; yo tomaba pastillas pero no nos cuidamos del sida. Y con él yo me empecé a preocupar y ahí empecé a hacerme análisis. Con este me deje llevar un poco, yo tomaba pastillas, el tema del sida me vino después, gracias a Dios no mucho después. Para mí lo principal era el embarazo, esto cambió abruptamente”.

Soledad, 27 años, sectores medios

“El problema que me trajo [refiriéndose a anticoncepción hormonal] es que después todo descansa sobre vos, porque si te olvidas de tomarlo es tu culpa y si te acordás... el otro está re tranquilo porque no tiene que hacer nada al respecto”.

Valeria, 26 años, sectores medios

“Preservativo. Caía de maduro que teníamos que cuidarnos además su primera hija fue culpa del no cuidado. Por mi parte no era sólo por el embarazo pero después no nos cuidamos más, unos 4 o 5 meses, yo me empecé a cuidar con pastillas. Pero en realidad nunca acababa adentro aunque tomara pastillas [...] como que la pareja estaba de alguna forma consolidada yo me sentía más segura con pastillas”.

Lola, 27 años, sectores medios

Las mujeres jóvenes coinciden, y surge también en otros entrevistados, en que a medida que tienen mayor edad, la relación sexual se da más rápido, incluso en la primera noche de conocer a la otra persona; no son los meses e incluso años de espera que se mencionaron al relatar los inicios sexuales:

“A medida que uno es mayor creo que no siente tanto esto de esperar y el sexo es importante en una pareja y es como una prueba que hay que pasar para seguir, y se dá porque tenés ganas ya. Fue eso, no había nada que esperar y queríamos hacerlo”.

Carola, 25 años, sectores medios

Esas relaciones sexuales con menor tiempo de conocimiento de la pareja o con parejas circunstanciales llevan también a considerar el uso de preservativo, al preocuparse por el VIH/sida:

“Igual ahí ya la preocupación era otra cosa, no era una cuestión del embarazo sino del sida. No era la secundaria. En la primera vez no era un tema que me preocupara a mí el HIV y en la facultad ya sí, éramos más grandes [...] Preservativo, más por eso. Nos hicimos el análisis de HIV los dos y recién ahí a los 6 meses empezamos a usar pastillas”.

Valeria, 26 años, sectores medios

El test de VIH, como paso previo al cambio del preservativo por otros métodos anticonceptivos, fue una constante en estas mujeres jóvenes. También era un tema que se hablaba en la familia y con las amigas:

“Me acuerdo que en mi casa se hablaba mucho, cuándo le dije a mi mamá que había perdido mi virginidad era la semanalidad y la plata para forro, o sea, esto y esto, tratando de que entre en la cabeza”.

Valeria, 26 años, sectores medios

Al igual que los entrevistados varones, al consolidarse las parejas, optaron por otro método, predominantemente pastillas anticonceptivas. Carola, la única de sectores medios que tuvo un hijo, luego comenzó a usar DIU, y distingue la decisión anticonceptiva individual de la de pareja:

“Después que tuve a mi hijo y quedé embarazada de nuevo, me di cuenta que era muy fértil, tomé pastillas y me hicieron mal y no quería cuidarme sólo con preservativos, porque te queda esa paranoia de que no te cuidaste bien [...] Y yo tengo DIU puesto, pero digamos que la decisión de la pareja de cuidarse era el preservativo, el DIU es mi decisión”.

Carola, 25 años, sectores medios

La negociación respecto al uso del preservativo la misma que mencionaron los entrevistados varones, admitiendo la eventualidad de que la pareja tenga sexo con otra persona, se exige en esos casos el uso del preservativo:

“Y yo le decía tenés que tener un forro en el bolsillo porque si a vos se te da por meterme los cuernos... y yo confiaba mucho en él en ese momento. Y usamos pastillas...”.

Soledad, 27 años, sectores medios

Algunos embarazos fueron por fallas de preservativos, otros se produjeron al hacer el descanso de las pastillas o, en el caso de Carola, amamantando. El abandono total de métodos anticonceptivos sólo fue mencionado para planificar un embarazo:

“Hasta que en un momento quise tener un bebe, pero sin decir nada, porque teníamos 20 años... entonces dejé de tomar y estuvimos como dos años sin cuidarnos con nada y no quedé nunca... Y ahí empecé a preocuparme... lo que pasa es que tengo un problema en los ovarios y en el metabolismo; y en general te cuesta mucho quedar embarazada. Se supone que si me dan unas pastillas quedo, pero no lo hicimos”.

Soledad, 27 años, sectores medios

Soledad había hecho el pasaje mencionado en todos los entrevistados del preservativo a otro método dada la estabilidad de la pareja, y luego de unos años menciona el pasaje inverso, de otros métodos que recaían en ella al preservativo,

porque estaba cansada de encargarse de la anticoncepción, pero también porque ya no confiaba en su pareja.

“Los últimos años yo no usé más nada y usaba él... preservativo, porque llegó un momento que yo ya no confiaba en él, le perdí la confianza... de si me metía los cuernos lo usaba; entonces lo obligaba a usarlo conmigo. Y después se hizo parte, realmente te digo, al principio era un embole pero después se hizo parte. Cuando empecé a presionar para que se cuide él, yo ya estaba cansada del diafragma, de las pastillas, le dije levántate vos y lavate vos después. Y así empezó a usarlo”.

Soledad, 27 años, sectores medios

Lola, por el contrario, menciona el efecto positivo de las pastillas anticonceptivas en ella: “las seguí usando porque siempre me indispuse nueve o diez días, y con las pastillas pasé a tres o cuatro; entonces para mí fue un milagro, me acortó el periodo”.

Pastillas, DIU y, minoritariamente diafragma, son los métodos que reemplazaron al preservativo cuando la relación fue estable y se habían realizado el test de VIH. Al igual que los varones usaron el retiro voluntario con sus parejas sabiendo que no era un método:

“Falso método anticonceptivo, creo que era parte del convencimiento de mi pareja Guillermo que era grande y manejaba la situación y era todopoderoso y yo era toda entregada, entonces él hacía lo que quería, y quedó estatuido, pero yo sabía que no servía para nada; tenía que ver más con la relación medio enferma que tenía”.

Valeria, 26 años, sectores medios

También conocen y usaron la AHE, “casi siempre por falta de anticoncepción o porque se rompió el preservativo”.

Las mujeres jóvenes de sectores populares también usaron inicialmente preservativos, pero cuando ese método “cansó” o lo dejaron de usar “siempre”, pasaron a métodos tradicionales: retiro voluntario y las fechas. A diferencia de las mujeres jóvenes de sectores medios no hicieron testeo de VIH, la preocupación central era el embarazo. La pobreza es una barrera para la realización de controles médicos, ginecológicos, prenatales, y “la realización del test de VIH, no es la excepción” (Cuberli et al, 2011:155).

Al poco tiempo dejaron de cuidarse para tener hijos. Luego utilizaron pastillas en algunos períodos, pero les hacían mal y las abandonaron:

“Primero me las compré por mi cuenta, porque sabía las que tomaban mis tías, porque no quería saber más nada de quedarme embarazada otra vez. Y al tomar esas pastillas, como que son muy fuertes me bajaba como hemorragia y fui a la ginecóloga y me la suspendieron, me dijo que mi organismo no las resistía. Y ahí al suspendérmela quedé embarazada [...] yo le decía que se compre [preservativos], pero él me decía que no, que “yo sé, me controlo, se cuándo tengo que sacar”. Pero no, me quedé embarazada enseguida ni bien dejé de tomar las pastillas”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

Reiteradamente Vanesa señala que al suspenderle las pastillas quedó embarazada, no refiere a la oferta de otros métodos por parte del profesional ni a que ella lo haya pensado, y su pareja usaba preservativo de forma no constante. En esa combinación de uso-suspensión de pastillas y preservativos en forma alternada se produjeron los embarazos, algunos de los cuales fueron interrumpidos:

“Después que lo tuve a él, seguí con otras pastillas que me había mandado la ginecóloga, pasaron dos años y las empecé como a rechazar, las vomitaba, me hacían mal. Fui y me las volvieron a suspender, y cuando tuve de vuelta relaciones, me quedé embarazada. Porque si había preservativo en ese momento se ponía y si no le daba lo mismo”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

Otra diferencia con los jóvenes de sectores medios, tanto varones como mujeres, es que estas jóvenes de sectores populares no usaron AHE.

Las trayectorias anticonceptivas de los varones adultos que conforman este perfil, predominantemente de sectores medios, reflejan el cambio de comportamientos que marca la epidemia del VIH/sida.

“El sida todavía no era un problema... entonces si ella ya tenía diafragma o DIU... y si no yo usaba forros. Era medianamente precavido, estaba dispuesto a correr algún riesgo, pero siempre minimizando”.

Julio, 44 años, sectores medios

“Ya era otra época, para evitar los abortos, que son un problema, ahí incorporé más lo de usarlos. También había trabajado en un banco de sangre y me parece que me empecé a cuidar más, sobre todo por cómo se empezó a ver el HIV”.

León, 47 años, sectores medios

“Ya era otro momento histórico de la vida, ya iba el forro en la billetera [...] al principio me costaba mucho usarlo, yo empecé a usarlo de grande ya”.

Marcelo, 43 años, sectores populares

No obstante, en las relaciones de pareja siguieron el mismo circuito anticonceptivo descrito para los jóvenes: preservativos al inicio de la relación y luego, al consolidarse y estabilizarse la pareja, cambiaron de método:

“Sí, creo que de hecho nos cuidábamos. Mal pero nos cuidábamos. Nos cuidábamos con preservativos, después se compró un diafragma, que era bastante engorroso, ponérselo antes, con una crema... se salía, eso creo que fue en los primeros tiempos y después empezó a tomar pastillas. Esto fue en los primeros tiempos, ponele 2 o 3 meses con forro y después se compró los otros”.

Daniel, 40 años, sectores medios

“No había mucho diálogo, era una cosa más bien casera de por ahí usar forro en los momentos en que parecía que podía ser. Los cuidados que hubo fueron basados en la posibilidad de un embarazo, no del sida por tener más o menos parejas estables”.

Hugo, 48 años, sectores medios

Daniel es el único que hace referencia a la incorporación del test de VIH en la trayectoria anticonceptiva con una pareja más reciente:

“El primer tiempo nos cuidábamos más “prolijamente” que con las parejas anteriores, con preservativo primero, después nos hicimos el test de VIH para usar anticonceptivos orales”.

Daniel, 40 años, sectores medios

Las parejas que no hablaron sobre anticoncepción, aunque usaran algún tipo de método, la incorporaron como tema luego de un embarazo no planeado. Este evento reproductivo se desata como una “crisis” y después “sí se transformó en un tema”.

A lo largo de sus trayectorias anticonceptivas, tanto con parejas estables como con ocasionales, usaron preservativos, diafragma, esponja espermicida, pastillas anticonceptivas, DIU. Y, también, métodos tradicionales:

“Ella al principio tomaba pastillas, le hicieron mal. Entonces usamos el sistema de la ovulación, que yo nunca creí, pensé que era una macana de los curas. Viste que teniendo en cuenta la menstruación y pasado cierta cantidad de días empezás a ovular, tiene un nombre eso... no me acuerdo”.

Adolfo, 49 años, sectores medios

Los métodos modernos les daban seguridad, aunque la pareja de uno de los entrevistados quedó embarazada usando DIU: “Yo me sentía totalmente seguro con DIU, fui la probabilidad”. Los anticonceptivos orales no fueron frecuentemente elegidos en los primeros años de sus trayectorias sexuales:

“Trajo complicaciones en un momento [...] Hoy deben ser de mejor calidad, es otra época, al principio generó muchos trastornos...”.

Adolfo, 49 años, sectores medios

Aisladamente señalan que se encargaban los dos de la anticoncepción mientras que otros refieren que es un tema de las mujeres. No fue habitual que señalaran ser ellos los únicos que se ocupaban:

“O sea, yo me ocupé de comprar los preservativos pero fue un tema compartido la preocupación del cuidado a lo largo de la relación”.

Luciano, 40 años, sectores medios

“Es casi siempre un tema de ella, no son impermeables en eso. O sea, creo que es mejor porque la ginecóloga me dice, o el ginecólogo que es así y listo, el cuerpo es mío”.

Eduardo, 48 años, sectores medios

Excepcionalmente, Julio refirió haber pensado en la realización de la vasectomía, pero su pareja se opuso a la idea, aunque no recuerda los argumentos esgrimidos:

“Después del último embarazo le dije que me hacía una vasectomía porque me parecía que ya me correspondía poner el cuerpo a mí, siempre el cuerpo que estuvo digamos expuesto fue el de ella, pero ella no quiso, lo tomó muy mal, se enojó mucho con esa historia”.

Julio, 44 años, sectores medios

Estos entrevistados adultos no usaron, e incluso algunos desconocen, AHE.

“Se instaló hace 4 o 5 años, me parece que antes no estaba, por lo menos no la conocía. En esa época si se te rompía el preservativo, que recuerdo que me pasó, era como mala suerte, había que esperar que venga o que no venga y listo”.

Daniel, 40 años, sectores medios

Las mujeres adultas de sectores medios también cambiaron de método luego de sus inicios sexuales, algunas con consulta previa al ginecólogo/a.

“Después fui enseguida a la ginecóloga, y empecé tomando pastillas, pero pocos meses. Más que nada las tomé hasta estar más piola con el uso del diafragma, porque recién empezaba a tener relaciones. Después de esos dos meses ya empecé a cuidarme con el diafragma. Se decía que DIU no antes de tener hijos, las pastillas también tenían un mito... El diafragma me parecía piola, porque como era programado todo.... Y si no era programado me lo ponía por las dudas... Me parecía el mejor método”.

Marcia, 46 años, sectores medios

El cambio por el diafragma de Marcia se basa también en la negación de su pareja a usar preservativos, situación que en esa época no lo veía como un “problema”,

porque al igual que los varones adultos la conciencia en la prevención del VIH/sida y otras ITS aparece después:

“Yo estaba media obsesiva con el tema de no quedar embarazada. En realidad no era que al principio no me preocupaba, sino que no lo tenía tan... la primera vez se dio pero quizás si se hubiese dado sin preservativos se hubiese dado igual [...] Todavía el tema del VIH no era un tema, pero yo trabajaba en salud y por ahí el tema este, la sífilis, es como que me pegaba más de cerca, más formación técnica en el tema”.

Mirtha, 41 años, sectores medios

En las relaciones sexuales actuales, estas mujeres adultas señalan usar preservativos, principalmente para prevenir el VIH/sida:

“Actualmente, en este último tiempo usé preservativo, son otro tipo de relaciones, no tan estables y además el tema del HIV”.

Marcia, 46 años, sectores medios

“Además ya después viene el tema del forro. Yo me separo alrededor de los '90 y ya es usar forro sí o sí”.

Adriana, 49 años, sectores medios

Señalaron también que con las parejas posteriores a la de inicio sexual no sólo la relación sexual fue más rápida, como ya mencionáramos, sino que también cambiaban cuestiones relacionadas a la situación personal y del entorno que contribuían a otro tipo de vínculos de pareja: ser más grandes, haber adquirido cierta experiencia sexual, tener un lugar físico en dónde poder tener intimidad, entre otras:

“Yo ya tenía 28 años... había pasado por otras experiencias, y él era un compañero de la facultad, nos enamoramos. Era la pareja con la que me iba a casar al poco tiempo. Nos acostamos el primer día que salimos. Dormimos juntos. Todavía no vivía sola, no tenía plata, pero sí algunas amigas y una me prestó su departamento. Ambos vivíamos con nuestros padres, pero no era lo mismo vivir con los padres a los 18 que a los 28”.

Carmen, 49 años, sectores medios

“Me parece que ahí la cosa fluyó, porque ya no tenía la preocupación de la virginidad y él me calentaba. Tampoco era lo que pasó después, creo que la cultura se fue modificando [...] Acá te hablo de otro momento donde estábamos en la gloria y nada de eso me preocupaba, no era que si cogía pronto iba a ser peor ni nada de eso, después sí. Yo después, de más adulta, me doy cuenta de que si quería podía manipular con eso, lo cual puede parecer una estupidez o no”.

Adriana, 49 años, sectores populares

Los métodos elegidos por las entrevistadas fueron diafragma, DIU o pastillas anticonceptivas. Carmen señala que las pastillas le daban seguridad, “libertad y más placer”. Fernanda no usaba un método anticonceptivo moderno y señala que fue un factor que contribuyó a finalizar la relación de pareja:

“Fue la obsesión. Incluso eso desmejoró y casi terminó la pareja. Después con preservativos a veces y con los días otras veces. Pero en esa época era más del método de los días que del preservativo, era más del método ese que no sirve para nada”.

Fernanda, 42 años, sectores medios

Cuando, con otra pareja, comenzó a usar DIU argumenta que le “transformó la vida”, recién a partir de esa seguridad brindada por el método anticonceptivo pudo disfrutar de las relaciones sexuales y sentir que podía tener autodeterminación sobre su vida reproductiva, dejando de depender de otros y pudiendo permitirse disfrutar:

“Yo pude disfrutar todas mis relaciones sexuales, todas, todas... porque disfrutás pero no es lo mismo, siempre es como una voz en la cabeza constante... y para mí el DIU fue vivir. Tenía 25 o 26 años, también por ahí es que es otra edad, pero ahí me sentí bien... Si me preguntas cuando empecé a disfrutar de una vida sexual plena fue cuando me puse el DIU. Yo creo que esto de la Iglesia, y ésta cosa de los días y todas estas cosas que no son efectivas tienen que ver con ésta culpa por el placer y el goce. Porque no lo podés disfrutar, o sea yo mujer, que vivo pendiente de eso, no lo podía disfrutar. Si me decís las relaciones son antes y después del DIU, yo me liberé, en el buen sentido... me sentía incluso más segura de mi misma, más segura de todo, no estás dependiendo de otros”.

Fernanda, 42 años, sectores medios

También Mirta valora positivamente el DIU, para ella era “fantástico”:

“Al tener DIU es como bastante relajado, es como que te olvidás [...] me sacaba uno, me ponía otro, tuve los distintos modelos. Nunca se me salió, se corrió ni nada”.

Mirta, 41 años, sectores medios

El uso de los métodos modernos fue con recomendación y acompañamiento médico. Sólo en un caso, a pesar del acompañamiento, el uso no resultó efectivo:

“Después decidí ir a una ginecóloga porque yo creo que él [ginecólogo] no me supo transmitir como usarlo bien [el diafragma], no tuvo cuidado de enseñarme, estaba mal orientada. Yo me sentía segura pero estaba mal orientada. Después del primer aborto, no cambió nada, nada y seguimos. Después del segundo aborto decidí cambiar el método”.

Adriana, 49 años, sectores medios

Las entrevistadas hablaban de anticoncepción con sus parejas, pero no mucho, dado que los métodos elegidos recaían en ellas; y a la vez, ellos consideraban que la anticoncepción era un tema de las mujeres.

“Eran conversaciones cortas [...] Él ahí quería que yo me cuide, porque no quería tener todavía, pero viste que las mujeres... lo reconozco, yo le decía “ya voy a ir para consultar”, y así ya voy a ir, ya voy a ir, quedé embarazada de nuevo. Yo si bien no era tan consciente, era obvio que por el hecho de perder [aborto espontáneo] buscaba quedar de nuevo”.

Marcia, 46 años, sectores medios

Además de los métodos mencionados, las entrevistadas usaron AHE y conocen otras mujeres que la usan:

“Hace como diez años que uso preservativos y ahí sí, en algunas ocasiones he utilizado anticoncepción de emergencia, nunca me pasó que se rompiera pero sí que se salga, y soy muy obse... No me hicieron mal y todas las veces llegué a menstruar, súper efectiva”.

Mirta, 41 años, sectores medios

“La usaban porque no se cuidaban, tengo una amiga que ya tomó cuatro en el año, lo cual es una falta de consideración. Es parte de la ruleta rusa que está jugando, porque no podés tomarla cuatro veces después de haberte hecho un aborto, él no quiere usar preservativos... los dos están jugando a la ruleta rusa. Estamos hablando de mujeres grandes, una vez te podés equivocar, pero no podés tener relaciones sin un método...”.

Fernanda, 42 años, sectores medios

Las mujeres adultas de sectores populares dejaron la anticoncepción en manos del varón o ligada al azar en las primeras relaciones sexuales:

“En ese momento yo no sé si tenía mucha conciencia... no te sé decir exactamente... Creo que corría más por cuenta de él, lo dejaba en manos de él. No recuerdo bien pero creo que en algún momento por ausencia de preservativos usaba el acabar afuera”.

Isabel, 47 años, sectores populares

Isabel asocia la falta de conciencia, en parte, a cómo su madre omitió el tema de la anticoncepción, otras hablan de “ignorancia” en el tema:

“Era un tema que en mi casa no se podía hablar... imposible, tengo la imagen de que mi mamá compraba la revista Vosotras y cada tanto sacaba unos fascículos confidenciales que venían cerrados y que yo alguna vez los pescaba y de golpe desaparecían... y después los encontré escondidos en floreros, jarrones. Me sacaba toda la información”.

Isabel, 47 años, sectores populares

“Porque no sabía nada, no había ido todavía a una ginecóloga, ignorancia”.

Daniela, 48 años, sectores populares

El cambio de método anticonceptivo (de las fechas o el preservativo a otro método moderno) se dio, en el caso de Isabel, previa consulta con una ginecóloga cuando se estaba por casar. Edith también cambió de método al casarse y Daniela recién después de abortar por segunda vez:

“Recién yo fui a ver a una doctora cuándo me estaba por casar, como una especie de formalidad. Cuándo me estoy por casar voy a ver a una doctora conocida y ella me da pastillas anticonceptivas. Entonces cuando me casé, empecé a tomar pastillas”.

Isabel, 47 años, sectores populares

“Después del aborto anterior, pasaron seis meses, nos cuidamos con profiláctico y volví a quedar embarazada con profiláctico. Cambiamos a partir de esa situación”.

Daniela, 48 años, sectores populares

“Después de un tiempo, él no quería usar más preservativos ya porque se sentía incómodo y decidimos cambiar. Y la hermana de él que es más grande, que es enfermera me dio pastillas y empecé a tomarlas. Me decía que es bueno cambiar de método, que a veces perjudica a la mujer tanto usar preservativos. Y las tomaba, y tenía que descansar”.

Edith, 49 años, sectores medios

Aisladamente, Isabel señala el escaso acompañamiento médico en el tema de la anticoncepción luego de sus partos:

“Yo no recibí ninguna información por parte del médico. En eso, una carencia absoluta de información por parte de mi médico, en ningún momento habló, no nos aconsejó, no nos preguntó que queríamos, nada. Él se limitó a atender el embarazo, cuando lo tuve fue con el médico de guardia y él ninguna información después”.

Isabel, 47 años, sectores populares

Luego de un tiempo, y ya separada de esa pareja, se realiza unos de los primeros chequeos ginecológicos “exceptuando la atención médica de los embarazos”. Le detectaron VPH y entonces pasó a cuidarse con preservativos en todas las relaciones sexuales. Anteriormente usó varios métodos:

“Fui cambiando, buscando otros métodos. Tenía malas referencias del DIU, gente que quedó embarazada o muchas hemorragias, siempre le tuve miedo. Con el diafragma quedé embarazada, se ve que no lo sabía usar. Además yo después me enteré que te lo podías poner antes, pero estabas en la situación y le decías pará un poquito... era embromado”.

Isabel, 47 años, sectores populares

Daniela también cambió de método después de episodios reproductivos y no reproductivos. Preservativos, pastillas y DIU, este último es el que más usó a lo largo de su trayectoria anticonceptiva. Señala que con las pastillas quedó embarazada, pero no recuerda si se olvidó de tomar o qué sucedió:

“Ella [ginecóloga] me las recomendó, me habló también del diafragma que no me convenció el método y me habló también del DIU que no lo podía pagar así que empecé con pastillas. [...] A esta altura yo tengo 48 años y voy por el quinto DIU y todos me duraron 5 años. [...] nunca quedé embarazada con DIU [...] Me parecía lo mejor, cuando pude ponérmelo por el tema del dinero fui lo primero que hice”.

Daniela, 48 años, sectores populares

Cuando Edith se separó de su primera pareja, y comenzó otra relación ya no utilizó métodos anticonceptivos porque “dejé de menstruar, tenía menopausia precoz por lo tanto no era necesario ningún cuidado”.

Si bien usaron diferentes métodos anticonceptivos la anticoncepción no fue un tema importante en sus parejas, no lo conversaron o conversaron muy poco y siempre a partir de un evento reproductivo o no reproductivo que alertaba sobre las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección.

“Tampoco profundicé mucho con los métodos. Que algunos decían de las pastillas, de no tomarlas, pero por ahí me hacía la película porque decían que podía generar nódulos, o algo así; pero no porque pensara que podía fallar”.

Edith, 49 años, sectores medios

En síntesis, el mayor conocimiento de métodos anticonceptivos coloca a los entrevistados de este perfil en otra posición para decidir cuándo tener hijos. También contribuye, predominantemente en el caso de los jóvenes, que la sexualidad y la anticoncepción pasaran —aunque lentamente— a ser temas que se pueden hablar en la familia y en la escuela.

Sobre la elección de métodos anticonceptivos se evidencian dos cambios generacionales, uno es la incorporación del preservativo a partir de la epidemia de VIH/sida y otro, el cambio del diafragma (en adultos) a las pastillas anticonceptivas (en jóvenes), considerando la mejora tecnológica en este método con el paso del tiempo. Así, cada método moderno se relaciona con determinada época o situación de pareja: diafragma en las primeras parejas de los adultos, actualmente pastillas, DIU después de tener un hijo y ligadura después de tener muchos hijos.

No sólo esas condiciones estaban instaladas en el imaginario de los entrevistados, sino que fueron reforzadas por profesionales de la salud. De similar manera se da el cambio en el uso de métodos: del preservativo a otro método cuando la relación pasa a ser “estable”; a un método moderno predominantemente en los entrevistados de sectores medios y a un método tradicional en los de sectores populares.

Los entrevistados de este perfil señalaron escasamente el desconocimiento o la falta de información sobre MAC; cuando se produjeron los embarazos fueron por fallas de los métodos o por fallas en el uso/no uso, que son considerados “descuidos” en las trayectorias anticonceptivas.

La falta de educación sexual y la ausencia de promoción de la anticoncepción en instituciones de salud, tanto de la provisión de métodos como del acompañamiento médico, se modificó en los últimos años. No obstante, los sectores populares no llegan a ejercer plenamente estos derechos —garantizados por la Ley de Educación Sexual y la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable respectivamente— dado que predominantemente abandonaron sus estudios a temprana edad por haber quedado embarazadas ellas, y para salir a trabajar y mantener al hijo ellos. De la misma manera, el contacto con las instituciones de salud, específicamente a la especialidad ginecológica en los adultos, se dio luego del nacimiento de sus hijos.

Entre los entrevistados de sectores medios se evidencia, a partir del mayor conocimiento y de las posibilidades de acceso, un cambio de métodos a lo largo de la trayectoria en pos de encontrar el más adecuado de acuerdo al momento personal y de la pareja. Entre los entrevistados de sectores populares aparecen aún consolidadas en el imaginario ciertas valoraciones sobre los métodos y su uso: el DIU sólo puede ser usado luego de tener un hijo y no es seguro porque “nacen los chicos con el DIU en la frente”, la ligadura es para aquellas que tuvieron muchos hijos y ya son adultas, las pastillas anticonceptivas no son elegidas porque se consideran olvidadizas y a la noche, con el cansancio y como si fuera la única hora posible de tomarlas, no lo recuerdan.

Uno de los cambios más importantes en las trayectorias anticonceptivas de los entrevistados —tanto generacional como entre las primeras relaciones sexuales y las más recientes de los adultos— es el uso del preservativo. Por un lado cambió del no uso al uso, y, por otro, los motivos de elección. En relaciones sexuales más lejanas temporalmente era usado principalmente para evitar embarazos, “y también” VIH/sida y otras ITS. Más recientemente es usado principalmente para prevenir éstas ITS, entre las que destacaron el VPH, fundamentalmente a partir de habérselo contagiado.

No obstante, el uso del preservativo no es generalizado por diversos motivos: a las entrevistadas de sectores populares, predominantemente pero también en algunas relaciones particulares de entrevistadas de sectores medios, les cuesta negociar el uso con su pareja, ya que luego de un tiempo “cansa” y “molesta” o directamente nunca aceptaron usarlo, como sucedió a las entrevistadas de los primeros perfiles descriptos. Los entrevistados de sectores medios, predominantemente, inician las relaciones de pareja usando preservativos en todas sus relaciones sexuales, pero ese uso se hace más eventual y pasan a intercalar con métodos naturales (principalmente los adultos) o a usar otro método moderno. La estabilidad y la confianza en la pareja son los factores que dan lugar a ese cambio; y en algunos casos el abandono del uso de preservativo para prevenir HIV y otras ITS, porque se conoce a la pareja, también lleva a “suspender” el cuidado anticonceptivo, es decir, no se lo reemplaza en forma inmediata con otro método moderno.

Otro de los cambios, manifestado incluso explícitamente por los entrevistados al comparar las distintas generaciones, es que la sexualidad y la anticoncepción dejaron de ser tabú en las familias y en las relaciones afectivas, tanto de pareja como amistosas, dando lugar a la transmisión de conocimientos y consejos sobre métodos anticonceptivos de forma más abierta. También permitió, como veremos más adelante, que la decisión sobre un embarazo (continuar o interrumpir) se centre más en la mujer y la pareja que en la familia, ya sea directamente porque los padres tomaran la decisión por sus hijas o indirectamente, en tanto la decisión se tomaba por temor a los padres y las represalias frente a un embarazo (porque desconocían que mantenían relaciones sexuales y porque se oponían a esos noviazgos).

No obstante, tal como se planteara anteriormente en referencia los inicios sexuales de los entrevistados, también el recorrido anticonceptivo refleja continuidades que trascienden a la reestructuración contemporánea. Estereotipos y roles de género son menos permeables a los cambios. La referencia a la anticoncepción como tema del que se encarga la mujer; la noción de que el varón “es débil” y está dispuesto siempre a tener relaciones sexuales y la asociación entre el VIH/sida y otras ITS y comportamientos sexuales promiscuos (Pantelides et al, 2000), son algunos ejemplos.

Por último, otra continuidad en relación a la anticoncepción, es la consolidación del preservativo masculino y la ausencia de uso de preservativo femenino. Excepcionalmente, un entrevistado usó preservativo femenino con una de sus parejas: “De curioso, para probarlo, una vez. Era caro, no aplicaba, pero para probarlo”. El acceso a este método permitiría a las mujeres ganar autonomía dado que no requerirían de la negociación con el varón para prevenir tanto embarazos no planeados como VIH y otras ITS; fundamental en un contexto de feminización de la epidemia (Basombrío et al, 2009). Este método dejó de comercializarse brevemente en nuestro país, por la falta de demanda. Si bien está disponible en la actualidad, no es un método elegido por las mujeres. Al no estar presente en la lista de los métodos garantizados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se restringe el uso a aquellas mujeres que tengan la capacidad de pago (tiene un costo aproximadamente tres veces mayor al preservativo masculino).

En 2011 se realizó la campaña “Muñecas de papel”, impulsando el uso del preservativo femenino e instando a gobiernos y fabricantes a promover la demanda, reducir el precio y aumentar la variedad. Fue realizada en 19 países América del Sur y del Norte, África, Asia y Europa; en Argentina fue FEIM la organización responsable del proyecto (www.feim.org.ar). Aún no está garantizado por el PNSSYPR; pero tampoco su uso es habitual entre los sectores que compran métodos anticonceptivos ni es demandado por las mujeres.

Un estudio realizado en Chile concluye que existe un “vacío” en el imaginario y escasas experiencias con el preservativo femenino. Entre los hallazgos enuncian factores personales, como la autopercepción de vulnerabilidad frente al VIH/sida, el acceso a información sobre el preservativo femenino, la disposición favorable a probarlo, una experiencia positiva de su uso y el empoderamiento de su cuerpo y sexualidad como facilitadores de la difusión; mientras que la falta de recursos para adquirirlo y una experiencia negativa de uso, serían los obstáculos (Cusmille Garib y Valdebenito Verdugo, 2009).

Capítulo 4: Los embarazos y las preguntas

En este capítulo se analiza el momento de la noticia del embarazo, y el proceso de definición de esa situación, enfatizando por una parte en la pregunta por la interrupción y las tentativas de aborto y, por otra parte, en los motivos y argumentos para continuar con el embarazo. Asimismo se describen los procedimientos seguidos por los entrevistados para confirmar el embarazo.

Perfil 1: Descuidados tradicionales

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto sin uso de técnica)

Los embarazos de los entrevistados de este perfil fueron producto de trayectorias de no cuidado anticonceptivo, ninguno fue planificado. La noticia del embarazo llevó a las parejas, predominantemente, a casarse o convivir. Claudia se casó embarazada de tres meses, esperando que nadie en su familia se diera cuenta porque no era lo “esperable”, aunque ella pensó en abortar pero su pareja no quiso:

“Me acuerdo que tenía miedo, cuando me quedé embarazada yo le dije a él y él me decía... “si, yo te noto en la cara”... y yo no sabía dónde meterme porque mi mamá se iba a dar cuenta, yo me casé embarazada”.

Claudia, 49 años, sectores populares

Mariana quedó embarazada a los 19 años, a los pocos meses de tener relaciones sexuales con su segunda pareja, con la primera no se había embarazado a pesar de no haberse cuidado, y eso la hizo pensar que nunca podría quedar embarazada. Al enterarse iniciaron la convivencia. Ana tuvo su primer hijo a los 17 años. Cuando quedó embarazada su madre decidió en primer lugar que lo “comprobaran con el médico”, y, en segundo lugar que ella y su novio vivan juntos. Fueron al médico y su pareja se mudó con ella a la casa materna. Pero durante el embarazo él desconfió constantemente de su paternidad, situación que llevó a la mala relación en la pareja.

“Entonces vamos a esperar que nazca y ahí ves... y mi hijo me salió rubio, blanco, ojos azules, blanco leche te digo... lo único que me salvó es que vino mi suegra el día del parto y dijo “es igual a mi papá” y yo dije “zafé con la del abuelo”. Es igual al abuelo...” (Se ríe).

Ana, 40 años, sectores populares

Ni Ana ni su marido pensaron en el test de ADN para corroborar la paternidad, tampoco otros entrevistados a pesar de dudar sobre ésta. Como señala Fonseca (2005) en nuestro país el testeo de ADN se desarrolló mayormente en relación a los hijos de desaparecidos durante la última dictadura militar. Diferente es la situación en Brasil, donde ha aumentado su uso para corroborar la paternidad, tanto en laboratorios públicos como en clínicas privadas.

Las entrevistadas de este perfil volvieron a embarazarse al poco tiempo de tener su primer hijo. Claudia tuvo once “seguiditos, algunos se llevan más diferencia porque tomaban el pecho y no quedaba, pero nunca usé anticonceptivos”. Ninguno fue planeado, su marido decía, y decidía, que había que tener todos los hijos que venían. Ella no cuestionaba este mandato, hasta que a los 40 años quedó embarazada nuevamente y decidió interrumpirlo. En ese momento pensó que “no iba a llegar”, el último de sus hijos era muy chico y ya no quería tener otro. La confirmación de ese embarazo fue realizada por “la señora” del barrio que le haría el aborto. Ella no acudió a ninguna institución de salud para evitar problemas y para que nadie se entere, dado que ya había decidido que abortaría:

“Me di cuenta que no me venía y dije... “soné..., estoy”... y tomé yuyos, tomé de todo pero nada. Y fui directamente a la señora y ella me dijo que estaba embarazada, me reviso y me dijo que sí que estaba”.

Claudia, 49 años, sectores populares

Mariana tuvo su segundo hijo a los 21 años y a los 22 el tercero. Dos años después quedó embarazada nuevamente, pensó interrumpir esa gestación pero no tenía el dinero suficiente para poder costearlo:

“Pensé pero no tenía plata, a mi cuarto hijo lo intenté abortar, busqué la forma pero como era muy caro, no pude. Él [su pareja] no decía nada, le daba igual, pero tampoco me dio la plata”.

Mariana, 40 años, sectores populares

Finalmente lo tuvo, y también tuvo el quinto hijo casi dos años después. Y, a los 26 años, volvió a quedar embarazada. En esa oportunidad fue a hablar con una señora que se dedicaba “a eso” y arregló por “poca plata” porque era conocida de su hermano, pudiendo —aunque en forma insegura— abortar.

“Estaba segura de que no quería tener otro más. Aparte la nena era muy chiquita”.

Mariana, 40 años, sectores populares

En los primeros embarazos, que no fueron planeados, señala que no pensó en interrumpir porque estaba “re en contra” del aborto, en parte, porque tenía el recuerdo de su mamá atravesando una situación de aborto:

“Porque yo había visto de mi mamá [abortar] y me quedó esa imagen y no me gustaba, por eso creo que tuve todos los hijos que tuve porque decía... “yo no lo voy a hacer”, pero después decía... “¿Por qué no pensé en cuidarme?”..., era porque yo quería tener a todos los hijos..., esa cosa del mandato, aparte yo era muy creyente, decía... “voy a tener todos los que pueda”... esa boludez ahora digo... “qué pelotuda”.... Yo tenía muy metido en la cabeza lo de la religión, entonces yo decía... voy a tener a todos, no me voy a cuidar”.

Mariana, 40 años, sectores populares

El mandato de la Iglesia al que hace referencia, señalaba “tener los hijos que Dios mandara”, le habían enseñado eso. Luego de realizarse el aborto manifiesta haber “sentido culpa por eso”, pero, después de un tiempo, comenzó a pensar que tampoco se puede tener todos los hijos que vengan para “traerlos al mundo a sufrir”; su marido se iba de la casa por algún tiempo, no aportaba, ella tenía que trabajar sola para mantenerlos y les faltaban “muchas cosas”:

“[...] porque después también me di cuenta que mis hijos sufrieron mucho y pobrecito tener otro más o dos más para que vengan a sufrir, no, tampoco es tan justo eso”.

Mariana, 40 años, sectores populares

Luego de un año quedó embarazada nuevamente y también, y por los mismos motivos, decidió abortar.

Ana transitó algunos de sus embarazos entre idas y vueltas de sus parejas. Al poco tiempo del nacimiento de su primer hijo quedó embarazada y tuvo su segundo hijo, en medio de separaciones y reconciliaciones con su pareja y teniendo otra pareja circunstancial. Mientras amamantaba, mantuvieron relaciones sin protección, confiando que no quedaría embarazada. Pero nuevamente quedó y decidió interrumpir porque no quería repetir la experiencia de desconfianza del primer embarazo. Esta vez no le dijo a nadie, y lo corroboró sola, haciendo un test de embarazo que compró en la farmacia. Luego de la interrupción se separaron. Con la siguiente pareja ella, que no quería tener otro hijo en ese momento, intentó cuidarse con pastillas, pero como él no sabía ni quería resultó imposible continuar con el cuidado anticonceptivo:

“Qué pasó, que ya hacía un año que estaba con él de novia, él dormía un día acá, otro día se quedaba allá. Yo la tomé acá [pastilla anticonceptiva] y fui con él a su casa, al otro día no la tomé. Entonces digo si no mantengo relaciones listo, pero él quería, entonces no sabía cómo hacer. Y ahí viene que me quedo embarazada del tercer varón”.

Ana, 40 años, sectores populares

Si bien no quería tener ese hijo el temor a abortar otra vez fue mayor y lo tuvo; y al poco tiempo quedó nuevamente embarazada

“Y en la cuarentena quedé de nuevo embarazada. Estaba embarazada de vuelta y era una cosa deprimente, ya empecé a llorar, estuve dos meses completo que vivía llorando”.

Ana, 40 años, sectores populares

Nuevamente la depresión, la duda y no saber qué hacer caracterizaron ese proceso del embarazo a la toma de alguna decisión. Habló con su mamá, que le sugirió tenerlo argumentando que luego, si no lo podía cuidar, se lo podía dar a “mujeres grandes que no pueden tener”. Pero a ella esa idea no le pareció bien: “no me nacía del corazón tener a mi hijo y regalarlo como si fuera un pantalón”. Decidió, sola, interrumpir ese embarazo:

“Él no supo, porque él muy entusiasmado que quería un hijo, pero después cuando lo tuvo ni te conozco. En el embarazo desapareció, después me buscó cuando fui al parto. Recién apareció en el hospital, que quería ver si se parecía a él. Yo repetía la otra historia...”.

Ana, 40 años, sectores populares

El varón que conforma este perfil vivió los embarazos de otra forma, dado que —al igual que en el aborto— no ponía el cuerpo.

“No nos cuidamos, hasta que un día me dijo que estaba embarazada. Me dio exactamente lo mismo..., lo que pasa es que no te puedo ser muy específico en esas cosas porque la mente mía no registró esas cosas [...] Yo decía... “está todo bien, que me importa, sigo mi vida”... me daba lo mismo morirse que vivir”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Señala e insiste reiteradamente que nunca decidió ninguno de sus cinco hijos, ni el aborto, aunque hace referencia a las idas del hogar, a su adicción, a la falta de acompañamiento en todos los sentidos con su pareja:

“Muchas veces en las discusiones le he echado la culpa por una cuestión de impotencia, de qué sé yo... me hace acordar a Homero Simpsons, Marge comete un error y el tipo tiene 200 errores y lo único que hace es marcarle siempre el error a ella, yo hago lo mismo...”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Su paternidad es asumida con la misma indiferencia que manifiesta frente al aborto:

“Yo era padre porque tuve relaciones sexuales y nació una criatura y nada más... sí, y la madre optó por tenerlo, pero no porque haya sido una cosa consentida”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Así, los embarazos “llegaron”, ninguno fue planificado; las escasas referencias a la maternidad y la paternidad son para dar cuenta de la imposición de mandatos, del marido y de la Iglesia (patriarcales y religiosos), para “tener todos los chicos que vinieran”. La interrupción de las gestaciones irrumpe como resistencia a esos mandatos, y en contextos de cambios económicos y vínculos afectivos endebles e inestables, razón por la cual es tomada sólo por las mujeres. Previamente, también solas y a escondidas de sus parejas, trataron de no responder a ese mandato con algún tipo de cuidado anticonceptivo pero que por falta de educación sexual, dificultades en el acceso a los métodos anticonceptivos o incomprensión del uso, y dificultades para negociar con las parejas, no resultaron eficaces en sus trayectorias vitales. Cuando pensaron abortar pero después finalmente continuaron con el embarazo fue por la imposibilidad económica de acceder y por el recuerdo, todavía muy reciente, del aborto realizado anteriormente con muchas complicaciones.

Perfil 2: Descuidados modernos

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto con uso de técnica)

En las entrevistadas de este perfil, las situaciones familiares son el motivo enunciado para decidir qué hacer frente al primer embarazo. Dos decidieron abortar por el temor a la reacción de sus padres. Otra, decidió tener el hijo porque buscaba irse de la casa en la cual tenía que convivir con un tío alcohólico que la maltrataba, y no aceptaba la relación con su novio porque era adicto a las drogas.

“Quedé embarazada a los catorce. Él se vino a vivir a mi casa. [...] Yo dije el día que me quede embarazada me quedo, no me importaba. Y cuando me quedé, justo una noche mi tío me dice “vení a barrer” y me quiso pegar. Entonces yo le dije vos me llegás a pegar ahora que estoy embarazada, voy y te hago la denuncia. Y mi tío no me dijo nada y se fue. Pero después que lo tuve me seguía basureando”.

Miryam, 26 años, sectores populares

“Estaba de dos meses y medio, y yo decía que era muy chica para tener... encima mi mamá estaba con todo, enojada. No lo quería tener y no lo tuve”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

El primer hijo de Miryam se contagió meningitis luego del parto, y si bien no le quedaron secuelas, ella sintió miedo y cuando quedó embarazada nuevamente intentó interrumpirlo, sin resultados.

“Me puse la sonda y todo pero no pasó nada. Era demasiado bebé ya. Me puse la sonda dos veces pero no pasó nada. No lo quería tener, porque había sufrido mucho con el más grande, no quería saber nada de que salga enfermo”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Al poco tiempo quedó nuevamente embarazada y decidió interrumpirlo. La misma persona que le colocó la sonda en la gestación anterior, la revisó, confirmó el embarazo y le recomendó las pastillas de misoprostol.

“Yo tengo asma, tomo mucho corticoide y a veces me venía un mes, después no me venía... Y encima ni me había hecho análisis nada, me puso la Oxaprost. Bah, la piba me había revisado y me dijo que sí, que estaba embarazada porque tenía el cuello cerrado... no sé qué carajo. Entonces fui directamente, la compré y me la puso”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Posteriormente abortó dos veces, también con misoprostol, en esas oportunidades ya lo hizo sola: compró un Evatest, le dio positivo, y compró las pastillas para abortar. En la farmacia, “sin problemas y sin receta” se las vendieron y le explicaron también cómo hacer. Después de interrumpir tres embarazos de la misma forma, cuando a los 19 años quedó embarazada nuevamente, decidió tenerlo. Y luego tuvo “otros, así todos al año...”. Tiene ocho hijos, no pensó interrumpir ninguno de esos embarazos; aunque tampoco señaló haberlos planificado.

Yanina quedó embarazada a los 15 años, pero como hacía muy poco tiempo que estaba saliendo con su novio, ambos decidieron interrumpirlo. Comprobaron el embarazo con un test.

“No me venía y le dije a una de mis más amigas, que era mi vecina, yo todavía vivía en mi casa con mi mamá y la pareja. Ella me dijo de hacerme un test y fuimos juntas, me lo compró y me lo hice en la casa de ella, y sí... estaba embarazada”.

Yanina, 18 años, sectores populares

Guadalupe, luego del primer aborto y con otra pareja, quedó embarazada porque “quería quedar embarazada, estaba buscando un hijo de él”. Al poco tiempo vuelve a quedar embarazada y piensa en interrumpirlo, pero continúa con el embarazo porque su hija quería tener un hermano:

“Al principio me lo quería sacar, pero la nena quería tener un hermanito. Él cuándo se enteró se fue enseguida, quería que aborte, como yo no quería se fue, tenía otra mujer”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

Y, con otra pareja, también decidió continuar el embarazo porque ella “quería tener un hijo varón y no importaba mucho con quién”.

Las parejas de estas entrevistadas no tuvieron influencia en las decisiones, ni en los casos que continuaron los embarazos, ni en los que fueron interrumpidos. Miryam le contó a su pareja, pero “para que sepa directamente, no me importaba lo que él opinaba”. Tampoco aparece en los relatos de ellas una preocupación de los varones por la paternidad/no paternidad en esos casos.

Si bien no se refiere a su propia situación, una anécdota contada por Miryam da cuenta del imaginario social sobre “castigos” por haberse realizado abortos:

“Mi cuñada se hizo un montón de veces [abortos], andaba en la droga y todo. Ahora se recuperó, se casó, está re bien con el marido, quedó embarazada y a los tres meses lo perdió. Y empezó a decir que era un castigo de Dios, por todo lo que había hecho... tenía miedo primero de que sea deforme, y lloraba que Dios la va a castigar. No estaba tranquila ella, con todo lo que hizo. Uno se lo sacó como de seis meses, que ahí la encontró mi marido y se pelearon y estuvo como un año sin hablarle, que era una asesina, que era una puta... que esto y el otro le decía. Se hizo una banda ella”.

Miryam, 26 años, sectores populares

Los embarazos de estas entrevistadas serían menos azarosos que los de las mujeres del perfil anterior, aunque tampoco se podría decir que fueron planificados si se considera la ausencia de cuidado anticonceptivo. No obstante, primaba querer ser madres — superpuesto con la idea de tener un hijo varón o darle un hermano a sus hijos—, enunciados como motivaciones por ellas.

Perfil 3: Tradicionales-tradicionales

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto sin uso de técnica)

Cuando la entrevistada que conforma este perfil quedó embarazada por primera vez, a los 14 años, su madre la llevó al médico a hacerse análisis para confirmar y “salíó positivo”. Sus padres decidieron que era mejor que continuara con ese embarazo, porque si lo interrumpía después ella podría arrepentirse. Tuvo a su hija y, luego de un año, volvió a quedar embarazada con la misma pareja. Esa gestación fue

interrumpida, también por decisión de los padres, aunque ella acordaba. La pareja no supo del embarazo y se enteró tiempo después que lo había interrumpido:

“Él después se enteró, después que yo me lo hice. Le dijo una de las parientas, se enteró que yo había quedado de vuelta y que me lo saqué y todo eso. Pero no supo antes”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Luego conoció a otra persona y después de un tiempo quedó embarazada “porque él quería tener un hijo”, a ella le parecía bien y quería complacerlo. Tuvieron tres hijos y luego se separaron, ella estaba embarazada cuando se terminó la relación.

Con la siguiente pareja tuvo dos hijos antes de convivir porque era una relación escondidas de la familia de él. Esa situación hizo que él decida escaparse y, juntos, cambiaron de residencia. Cuando consiguió trabajo y se instaló en el Gran Buenos Aires la fue a buscar a Concordia, ciudad de origen de ambos. Ella estaba nuevamente embarazada, aunque sin haberlo planificado.

Los embarazos posteriores al aborto llegaron todos a término, ocurrieron en otro contexto, ya más grande y en el marco de relaciones afectivas estables. Ella tampoco manifestó el deseo de ser madre, primero decidieron los padres, luego su pareja era la que quería tener hijos, y posteriormente “quedaba embarazada”, sin evitarlo, pero sin desearlo, de acuerdo a sus palabras.

Ninguno de los embarazos de la entrevistada fueron definidos como un deseo personal: el primero fue “por sorpresa”, el segundo fue producto de cometer el mismo “error”, los demás porque sus parejas querían o “llegaban” en el marco de una trayectoria anticonceptiva centrada en métodos tradicionales, incluso sin posibilidad de efectividad como el método “del agua” antes mencionado.

Perfil 4: Tradicionales-modernos

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto con uso de técnica)

Este perfil, conformado mayoritariamente por varones, permite visualizar la diferencia entre ellos y las mujeres en el momento de confirmación de un embarazo. Los varones sólo se pueden enterar por ellas, de las distintas etapas que la mujer va viviendo en el camino por confirmar un embarazo: ausencia de menstruación,

realización de test, análisis o revisión, espera del resultado. Pueden participar en todo ese circuito, en parte o pueden quedar excluidos. La exclusión pareciera ser favorecida por la dedicación casi exclusiva de las mujeres a la anticoncepción y, en parte también, por el desconocimiento y el desinterés de ellos.

Para Gustavo el primer embarazo, que interrumpieron, llegó por desconocimiento:

“Lo que más recuerdo de esa época es una enfermera con el dedo de silencio, y era eso, “de eso no se habla”. La capacitación era a través de amigos y de lo que uno contaba a otro, de lo que le había pasado. No sabíamos lo que se sabe hoy en día que igual queda el semen dentro del conducto y todas esas cosas que uno lo sabe después”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

Fue esa la única experiencia de aborto que atravesó y no recuerda mucho de los pasos seguidos. Cuando ella le dijo que estaba embarazada, un amigo de la pareja sugirió la interrupción y les pareció la opción más adecuada en ese momento. No recuerda si su pareja se hizo test o análisis y si él estuvo presente o no en ese momento. Con otra pareja posterior tuvo hijos.

La experiencia de Sergio es similar, primaba el desconocimiento en torno a la sexualidad, la anticoncepción, y el momento de sospecha del embarazo, debido a que desconocía qué indicios advertían de la posible gestación:

“Creo que no sabía, los hombres no hablábamos de sexo. No se hablaba de relaciones sexuales, y eso que me manejé en un ambiente informal... Se hablaba de sexo desde otro lugar, no detalles de las relaciones sexuales”.

Sergio, 45 años, sectores populares

De la etapa previa al primero de sus abortos tampoco recuerda mucho, menciona el embarazo y la búsqueda iniciada para interrumpirlo, sin poder precisar cuánto tiempo pasó ni la forma de confirmar ese embarazo. Con su segunda pareja recuerda que incluso el análisis para confirmarlo fue “en forma clandestina”, ya que concurrieron a la guardia de un hospital el día que estaba una amiga para hacerlo, les dieron el resultado en el momento, y no dejaron registro. Luego se casó con esa misma pareja y tuvo hijos, “porque era otro momento”, ya eran más grandes, convivían y se sentían más preparados para ser padres.

Ezequiel, el joven que conforma este perfil, luego de su inicio sexual se enteró que la chica estaba embarazada (no eran pareja, fue una relación ocasional), se preocupó y “sacaba cuentas” pero no era el padre. Con otra pareja fue él quien se tuvo que encargar de los pasos previos a la confirmación del embarazo porque, según su relato, ella tenía miedo de saber si estaba o no embarazada. Sin embargo, Ezequiel manifestó que “era evidente” dadas las señales que daba su cuerpo:

“Al principio ella tenía mucho miedo, quería como no enterarse ¿sí?... como no querer saber que estaba embarazada, pero era evidente porque su cuerpo lo expresaba, y yo decía “bueno, hay que hacer algo... bien o mal hay que hacerlo”. No soy ginecólogo pero era como que las tetas eran más grandes, se sentía mal, le daba asco la comida... un montón de cosas. Y ella no quería saber si estaba o no embarazada, con lo cual yo tuve que comprar el test, hacerle el test y decirle que estaba embarazada, dio positivo”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

Belén señala que le contó a su pareja que estaba embarazada con la decisión de interrumpirlo tomada, y enseguida lo resolvió. Él la apoyó aunque no tuvo ni tiempo ni posibilidades para opinar. Luego, y con otra pareja, atravesó por dos embarazos que fueron planeados:

“Fue todo rápido... Estuvimos de novio cuatro meses, después nos fuimos a vivir juntos y queríamos tener un hijo... mirá vos que locura. Así que a los dos meses de estar juntos quedé embarazada, porque queríamos los dos. Después de unos años lo pensás y decís porque no disfruté más, ya está ahí el muchachito...”.

Belén, 46 años, sectores populares

Los recuerdos de ellos sobre el momento de confirmación del embarazo son difusos, excepto el del joven que conforma este perfil debido a que fue quien “tuvo que encargarse” de insistirle a la pareja para hacer el test de embarazo. La mujer de este perfil refleja otra arista de la escasa participación masculina en esos momentos: ella decidió no hacerlo partícipe en el momento de sospecha y confirmación del embarazo. El desconocimiento de la sexualidad en general, manifestado por los varones adultos, contribuiría al nulo interés en el ciclo femenino de sus parejas y en las consecuencias de relaciones sexuales sin cuidado.

Perfil 5: Modernos limitados

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto sin uso de técnica)

Las jóvenes de sectores populares que conforman este perfil tuvieron hijos y luego, interrumpieron los siguientes embarazos. Los hijos llegaron luego de un tiempo de

estar en pareja. Aunque no mencionaron “planificar” esos embarazos, señalaron “haber hablado” con la pareja para dejar de cuidarse. Esto implica que si bien fue un embarazo decidido por ambos, no hubo chequeos médicos previos ni medicación preparatoria (como la ingesta de ácido fólico, etc.).

“Entonces después cuando pasó el tiempo ya después no nos cuidamos porque habíamos hablado para tener la nena”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

“Habrá pasado un año así que nos cuidamos y después no nos cuidamos tanto porque onda que habíamos hablado de tener un hijo”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Los embarazos que siguieron fueron interrumpidos, por diversos motivos. Las entrevistadas controlaban la fecha de su menstruación y ante la ausencia, inmediatamente, hicieron un test de embarazo para confirmar lo sospechado.

“Me venía todos los meses pero después no me vino y entonces me hice un Evatest y me había dado positivo”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Verónica no quería tener ese segundo hijo y sabía que su pareja, con la cual no convivían, tampoco quería tener hijos por el momento. Decidió abortar. La realización del test fue para confirmar el embarazo y pasar a ejecutar la decisión tomada, porque “ya tenía la idea fija de no tenerlo” desde el primer día.

En cambio, Cecilia en primer lugar decidió continuar ese embarazo, y por eso dejó “pasar como cuatro meses”, pensando que se iba a solucionar el mal momento que atravesaba con su pareja. Pero luego lo encontró con otra mujer, situación que la “cegó” y tomó la decisión inmediata de interrumpir el embarazo. Luego de la interrupción Cecilia no volvió a embarazarse.

“Él se había ido... El momento de mi desesperación fue cuando yo lo encontré con alguien. Y... lo encontré... estaban durmiendo, estaban acostados y ahí fue lo peor que me pasó. Fue como que me cegué en el momento y tenía mi bebé chiquitita y no tenía nada, en ese momento no estaba trabajando y como que me desesperé en ese momento y lo primero que pensé es... después como que... hasta ahora me arrepiento de haber hecho lo que hice pero en ese momento era como que yo me iba a sentir peor teniendo dos y no teniendo de donde sacar nada... ¿entendés? ... la primera solución que encontré fue eso”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

Verónica tuvo tres hijos más y un embarazo en curso al momento de la entrevista. Sobre esas gestaciones refiere no haberlas abortado por el miedo que le dejó la experiencia de aborto, no porque quiera tener todos los hijos que tuvo:

“No me hice más nada, y por eso sigo teniendo hijos... del miedo que pasé no lo hice más. Se me pasó por la cabeza cuando tuve a ésta otra, porque él tenía ocho meses pero no...”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Las experiencias de estas jóvenes muestran las diversas formas de atravesar ese proceso de confirmación del embarazo: en algunos casos ya se sabe, antes de tener el resultado, que si el atraso corresponde a una gestación, será interrumpida. En otros, se puede decidir continuar el embarazo pero en el transcurso del mismo un evento determinado puede hacer cambiar de decisión. Así, ni abortar ni continuar con el embarazo parecen ser, al menos en los primeros meses, decisiones “inciertas”, en tanto la opción opuesta a la tomada sigue latente.

Perfil 6: Semi-modernos

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto con uso de técnica)

Los varones jóvenes de este perfil recuerdan en detalle el momento de la noticia del embarazo, tal vez debido a que fue un episodio reciente en su trayectoria de vida. Ernesto, el único de sectores medios, recuerda esa etapa con intensidad y señala que para él representó una nueva forma de vincularse con su cuerpo, “en el sentido de asumir que uno tiene responsabilidad con su propio cuerpo”.

“Fue al principio de la relación [...] yo decía las mujeres en un momento determinado se convierten en señoritas. El hombre no tiene un momento biológico en el cual... yo creo que... como que ésta situación en mi vida y por la edad en la que fue... fue como una toma de conciencia abrupta y violenta... ya sos un señorito”.

Ernesto, 27 años, sectores medios

Recuerda la sensación de caos frente a la noticia y la dificultad de ocultar o negar el embarazo, dada su manifestación en el cuerpo de la mujer; lo cual imprimía además la urgencia en su resolución:

“Lo que tiene esta situación que nos sucedió es la extrema dificultad de negarlo. Podés negar casi todo en una pareja. Esto es muy complicado negarlo. Uno puede negar que es infiel y otro puede negar eso, pero esto... para la mujer hay algo biológicamente que está interrumpido, y para mí era muy complicado negarlo”.

Ernesto, 27 años, sectores medios

Los varones de sectores populares enfrentaron la noticia del embarazo en diferentes situaciones. Ramón y su pareja pensaron continuar pero debido a que ella se había puesto una vacuna cuya recomendación era no quedar embarazada por unos meses resolvieron, luego de haber hecho varias consultas médicas, interrumpir ese embarazo. Juan y su pareja tuvieron a su primer hijo y decidieron interrumpir la segunda gestación porque fue al poco tiempo, tenían problemas con la familia de ella, y la situación económica no era favorable. Leonardo se había separado de su pareja y, al poco tiempo, ella le contó del embarazo. Alfredo no pudo hacer ni decir nada al enterarse del embarazo porque la madre de ella les prohibió continuar la relación, ni siquiera le permitió hablar por teléfono con ella.

La urgencia en la resolución de la situación, manifestada en forma constante por los entrevistados, atraviesa los recuerdos del embarazo.

“Cada día que pasaba era peor, porque el problema no se había solucionado todavía y tampoco estábamos muy informados y en un momento pensamos tenerlo.... Y después fuimos averiguando, y notamos que no, que no se podía continuar con el embarazo”.

Ramón, 27 años, sectores populares

Si la decisión no se hubiese acelerado debido a los potenciales riesgos de la vacuna sobre el feto, la resolución de la situación enfrentaba a Ramón y su pareja. Ella consideraba “que un hijo no mata nadie, si en ese momento lo teníamos iba todo bien, pero si después la relación no prosperaba no pasaba nada”. Él no tenía “gananas de ser padre” en ese momento, quería cambiar de trabajo, estudiar y consideraba que hacía poco tiempo que convivían.

Para Juan también era importante interrumpirlo rápido, antes de que el embarazo se manifieste en el cuerpo de su pareja, considerando que el paso del tiempo puede hacer que la mujer se “encariñe” y el feto “sufra”. Buscaron información en internet y encontraron la opción del misoprostol.

“Pero de todas maneras, a lo que yo voy, y no porque lo hice yo... sino que es preferible hacerlo y no hacer como un montón de perras que tienen el hijo y lo dejan tirado en un tacho de basura, o lo asfixian. O sea, si no podés con algo buscale una solución lo más rápido que puedas, no dejés avanzar para hacerlo sufrir así [...] Ahora, antes de que vos sientas síntomas en tu cuerpo, y te encariñes y algo... no. Pero algo rápido”.

Juan, 18 años, sectores populares

Tanto Juan como Alfredo y Miguel vivieron la experiencia del aborto teniendo problemas con las familias de sus parejas:

“No me dejaban ver a mi hija, no me dejaban ver a mi señora porque decían que yo drogaba a toda la familia... un montón de cosas. Vos fijate, un chabón con dos trabajos, de lunes a lunes, en qué momento podés hacer algo [...] Hice una denuncia, porque me habían amenazado que me iban a matar, que me iban a envolver en una bolsa de nylon, a mi viejo también vinieron a amenazarlo con un revolver. Decía que tenía contacto con policías y que iba a llamar a sus amigos para que me destruyan... ese es mi suegrito”.

Juan, 18 años, sectores populares

“La madre se dio cuenta, le pidió que se haga un test y ella le dijo que no. Yo le dije que sí, que se lo haga, para sacarse la duda. Cuando fue el positivo chau. A partir de ese momento, un día justo llamo a la casa para pedir por ella, habíamos salido a la noche y la llamo al día siguiente apenas me despierto y me atiende el esposo de la madre y me dice “no está” y me corta... raro. Yo no entendía nada, y a la hora me llama llorando y me dice que sí, que había aceptado hacer el test y le dio positivo, y que no querían que hable con ella, ella estaba y no me querían dar con ella [...] lo determinaron ellos”.

Alfredo, 23 años, sectores populares

Si bien la madre de la pareja de Alfredo decidió la interrupción, él señala que era la decisión que habían tomado ellos cuando sospechaban el embarazo.

El caso de Miguel y su pareja fue el opuesto, ellos habían decidido tenerlo y la madre de ella les “cambió de idea totalmente”. Leonardo recuerda cómo recibió la inesperada noticia del embarazo, dado que estaba separado de su pareja:

“Me llama, dice “necesito hablar con vos”, llorando. Y lo que menos me imaginaba es que la mina iba a estar con el bombo. Yo digo me extraña, la cagaron a palo, no sé... Y me dice “que tengo un atraso, hace como un mes que no me viene”. Y yo como que... estás laburando, llueve, te llama tu mina, te tira esa bomba, y yo como que no entiendo nada”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

Él pensó continuar el embarazo, enfatizando en la dimensión del afecto y lo vivido con ella, aunque admitiendo que era una opción de “limado”, pero ella no quería.

“Yo lo hubiera tenido, y la mina me dice vos estás muy enfermo. Yo le dije sí, cuando se hacía el Evatest, ella estaba acostada en mi cama... fue un día re lindo, yo lo veo así, por ahí estaba como el culo. Ella vió el Evatest y se puso a llorar, y yo le dije a mi esto me llena de ternura, que querés que haga, que querés que te diga. Y ella me dice “estás loco, como vas a tener un pibe”. Y yo le decía, no sé si vos fueras una mina que me la cogí y quedó embarazada bueno, me quiero matar; pero vos sos otra cosa, somos nosotros viste...”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

Guillermo relata haber pensado en la interrupción inmediatamente, sintiéndose mal pero con la seguridad de que era lo mejor en ese momento:

“Creo que es una decisión de dos personas que tienen que tomar sobre algo que lleva a confusión, que es muy complicado porque puedes tomarlo de muchas formas. Tomarlo desde que estás decidiendo por una tercera persona o no, porque esa persona no existe, pero esa confusión te puede llevar a pensar que si existe”.

Guillermo, 24 años, sectores populares

Las mujeres jóvenes de este perfil se dieron cuenta del atraso y confirmaron el embarazo mediante un test. Luciana no pensó ni decidió que hacer ya que cuando se enteraron sus padres resolvieron que lo mejor era interrumpir esa gestación. Carolina lo decidió sola, con apoyo de unos amigos. Sofía asegura que en el mismo momento que sospechó del embarazo pensó en “sacárselo” porque el embarazo era producto de una violación de su novio, razón por la que había terminado la relación.

“Mi papá no quiso saber nada y lo primero que hizo fue darme plata para tomar algo”.

Luciana, 24 años, sectores populares

“Porque yo pretendía no quedarme más embarazada y él me agarró así desprevenida y me forzó, cuando él me forzó y todo para tener relaciones nos peleamos. Y desde ese momento yo decidí sacármelo, va desde el momento en que no me venía yo dije si llego a estar embarazada yo me lo saco”.

Sofía, 21 años, sectores populares

La noticia del embarazo en la trayectoria de estos jóvenes llega en diferentes situaciones de pareja y familiares. Los que atravesaron el embarazo a menor edad, acordando o no, aceptaron la interrupción dispuesta por los padres de las mujeres. Siendo más grandes, en edades cercanas a los veinte años, la decisión la tomaron conjuntamente en pareja, o la tomaron las mujeres dado que estaban distanciadas, o la relación con sus parejas era circunstancial. La noticia del embarazo se recuerda como “inesperada” en el caso de los varones —aun reconociendo el uso intermitente del preservativo tal como se señaló en el capítulo anterior—, mientras que las mujeres lo empezaron a sospechar al vivenciar la ausencia de menstruación.

Perfil 7: Modernos-tradicionales

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto sin uso de técnica)

Sandra atravesó por varios abortos y tuvo dos hijas. La noticia del embarazo y el primer momento de pensar en continuarlo o interrumpirlo fue diferente en cada situación. En la primera gestación ella era “muy chica” y “no sabía nada”. Además su familia no sabía que ella tenía una relación de pareja. Al darse cuenta del embarazo ella pensó tenerlo, pero su pareja y la madre de él tomaron otra resolución y la presionaron hasta convencerla de interrumpir. Ella discutió mucho con él, que la

retó, hasta le pegó “para que entienda” que ella era muy chica y que iban a tener problemas con la familia.

“Yo no lo pensé. Yo no, no sabía viste, estaba como así no quería porque lo amaba mucho a él, lo quería, a toda costa quería tener el bebé pero me presionó tanto la señora, que yo era una nena, me sentía asustada, con miedo, lo que me puede llegar a pasar con mi familia, entonces accedí a hacerlo”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Ella recuerda que entonces ni siquiera sabía que existía la posibilidad de interrumpir un embarazo, y que entendió después de un tiempo el procedimiento, absolutamente inseguro, realizado en su cuerpo:

“Yo no lo sabía, me di cuenta después de los años. Ellos [refiere a la comadrona y la madre de su pareja, con el acuerdo de él] rompieron la bolsa con el perezil y me mandaron a mi casa así, después se cayó solo”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Reflexiona que en esa gestación estaba ausente, de parte de su pareja, la dimensión del afecto:

“Él no quería saber nada, era un tipo muy responsable, pero al mismo tiempo no estaba metido como para hacerse cargo. Yo después de unos años me di cuenta de eso”.

Sandra, 40 años, sectores populares

La segunda gestación también fue interrumpida, pero fue un aborto espontáneo como consecuencia de los golpes de sus tíos. El motivo fue que se enteraron de la relación afectiva con su primera pareja, de la que ya había pasado más de un año.

“Una paliza que ni yo me la podía imaginar... mis tres tíos. Y cuando me pegaron estaba embarazada de dos meses... porque después de un año y dos meses, no se había cuidado... él no sabía que yo estaba embarazada, yo tampoco. Tenía un atraso de dos meses pero me bajaba poquito y yo no le daba importancia, y él tampoco”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Con su pareja, estaban angustiados por haber perdido ese embarazo, y se habían casado —porque su familia los había obligado— y decidieron buscar un hijo. Tuvieron a su primer hijo y se fueron a Paraguay porque la relación con la familia de ella estaba cada vez peor. En el país de origen de él tuvieron otro hijo, también “buscado”. Su última gestación fue a los 25 años, de un amante.

“Estábamos juntos con mi marido pero conocí a un hombre, hace ocho años atrás, salimos como dos años a escondidas... lo conocí en la fábrica que trabajaba, él era el encargado; me trataba bien, lo típico de tener un amante. Yo me cuidaba, tenía el DIU puesto pero me lo había quitado porque tenía que descansar unos meses”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Le dijo a él cuando ya había confirmado el embarazo y como su marido se cuidaba con preservativos y el amante no, era el responsable de esa gestación. Inmediatamente le dio dinero para interrumpirlo y ella resolvió cómo hacerlo. Acordaron rápidamente, ambos estaban casados. Sigue teniendo relaciones con su marido y su amante; su método anticonceptivo continúa siendo el DIU.

Las experiencias relatadas en este perfil muestran otros condicionantes en la decisión de continuar o no un embarazo. En trayectorias vitales atravesadas por la violencia, pueden ser otras personas las que causen la interrupción de un embarazo (con algún procedimiento o, aún sin esa intención, por golpes), despojando a la mujer no sólo del derecho a decidir sobre su propio cuerpo, sino también de la posibilidad de “pensar” qué hacer frente a esa gestación.

Perfil 8: Modernos-modernos

(Trayectorias con varios MACs modernos– Aborto con uso de técnica)

Los varones jóvenes de este perfil recuerdan la noticia del embarazo, que predominantemente interrumpieron, atravesada por la incertidumbre y el desconocimiento. Ramiro recuerda “que no sabía que pasaba y lloraba diciendo la música no la puedo dejar”. Darío señala que como su pareja era irregular pensaron que era un atraso más, y “se dejaron estar”. Roberto iniciaba las vacaciones con sus amigos cuando recibió la noticia, “estuve 5 horas en Gesell y me cuenta... fue un baldazo de agua, charlamos todo, decidimos todo y volvimos”. Pablo se recuerda “aturdido”, tratando de asimilarlo pero dándose cuenta que no era “tan fácil digerir”.

Parte del desconocimiento o la incompreensión sobre lo que sucedía se basaba en que, así como las mujeres “manejan la anticoncepción”, son también, según los varones, las que saben las fechas y cuántos días de atraso son preocupantes o no.

“El proceso fue... del momento que no le venía, hasta que nos enteramos, casi un mes y medio, fue por un lado incómodo porque yo no sabía qué carajo pasaba. Y ella me decía no, es un atraso. Y la veía tan confiada a ella que yo también me dejé estar, hasta que ya estaba preocupada ella también y se hizo el Evatest”.

Darío, 20 años, sectores medios

“Se habló, pero era una mina medio jodida en ese aspecto, porque venía un día y te decía tengo un atraso y no tenía, era porque tenía ganas que me quede el fin de semana con ella y no salga con mis amigos. Era medio un arma de doble filo y quizá también los amagues que hacía ella, que en cinco años fueron varias veces y fue como el cuento del lobo...”.

Roberto, 21 años, sectores medios

En algunos casos el proceso de pensar qué hacer frente a esa noticia inesperada fue más largo, más reflexivo, como en el caso de Roberto:

“Nos sentamos los dos y yo le dije... “yo no quiero saber lo que pensás, ni tampoco te voy a decir lo que yo pienso, quiero que te tomes 1 o 2 días o lo que sea necesario y que pienses por tu lado lo que vos querés hacer, yo voy a hacer lo mismo por mi lado, es obvio que en cierta forma la decisión más fuerte es la tuya por un tema que es tu cuerpo, sos vos, yo puedo estar al lado tuyo, acompañarte en todo, nunca te voy a dejar sola””.

Roberto, 21 años, sectores medios

En otras ocasiones, la decisión fue de la pareja, influida por los padres de la mujer:

“Lo que me acuerdo fue eso, que la madre de la mina la apoyó... fue “dejate de romper las bolas, si tenés un atraso hacé esto y esto y se terminó””.

Ramiro, 27 años, sectores medios

“Hablamos con los viejos de ella, y la madre sobre todo dijo “tienen que abortar, no tienen que hacer lo mismo que nosotros”. El padre no quería saber nada. Pero el tema es que ella había estado tomando medicación, entonces era un doble problema, porque había que hacer todo unos estudios por el tipo de medicación que había tomado. Yo no recuerdo bien que era, pero sé que traía complicación con el embarazo y nos empezamos a mover”.

Jony, 27 años, sectores medios

Todos confirmaron el embarazo realizando uno o más test, incluso análisis de sangre y también contactando a profesionales, como Pablo y su pareja:

“Le preguntamos a la ginecóloga, primero para ver que estaba embarazada realmente, porque hicimos un Evatest y dio positivo, hicimos otro Evatest, dio positivo... “a la ginecóloga”. Con la ginecóloga fuimos la primera vez, le hizo un tacto y le dijo “sí, estas embarazada”, después un análisis de sangre para que se yo... después le hizo como una ecografía y dijo “no les muestro nada hasta que no decidan que van a hacer””.

Pablo, 27 años, sectores medios

Jony y su pareja tuvieron una experiencia totalmente opuesta con la ginecóloga que consultaron. Les advirtió que si hacía un test de embarazo luego tenía que asentar si el embarazo llegaba o no a término en los papeles de la obra social. Según sus palabras, los dejó “tirados” y los asustó.

De la misma manera como algunas mujeres refirieron temor a no poder tener hijos luego de abortar, uno de estos jóvenes pensó si no había “perdido la oportunidad” dado que luego de la interrupción del embarazo se operó de Varicocele. Pero posteriormente tuvo un hijo que le permitió “disipar la duda”.

“Tuve un hijo, fue una experiencia de embarazo feliz. No lo estábamos buscando pero vivíamos juntos hacía 5 años y en algún momento íbamos a tener un hijo, ya lo habíamos charlado... tuvimos cara de susto al principio y después nos pusimos contentos [...] Yo un día después ya estaba seguro que lo iba a querer tener... entre otras cosas porque ni de casualidad quería pasar de vuelta por un aborto...”.

Pablo, 27 años, sectores medios

El joven de sectores populares que conforma este perfil atravesó por tres situaciones de embarazos, con dos parejas diferentes y fueron interrumpidos. En los dos primeros, con una pareja de la cual no estaba enamorado, recuerda que no pensó ni sintió mucho. En el primer aborto sólo le preocupó la plata que se requería para hacer una interrupción segura, y en el segundo se fue de la ciudad, dejando la decisión en manos de la pareja. En cambio, frente al tercer embarazo sentía que estaba preparado para ser padre y había establecido otra relación con su pareja:

“Esta vez era yo el que no quería, porque yo a ella la amo, y para mí ese embarazo fue hecho por amor, y como que tenía que nacer, era algo así medio loco, era ella la que no lo quería tener. Fue difícil, porque aparte había pasado un mes más o menos y yo hasta la notaba distinta [...] te dabas cuenta que estaba embarazada, como que estaba más tierna, más dulce, o por ahí era yo que me hacía la cabeza”.

Hernán, 25 años, sectores populares

Las experiencias de las mujeres jóvenes de sectores medios reflejan la vivencia diferencial de ellas, dado que es su cuerpo. Soledad se hizo un test de embarazo enseguida porque sabía que había mantenido relaciones con su ex novio, al poco tiempo de distanciarse, y ya había dejado de tomar las pastillas, razón por la cual el desenlace era esperable. Valeria también se hizo el test para confirmar algo de lo que estaba “convencida”.

“Yo lloraba mucho... Me hice un test enseguida... porque yo había hecho todo eso a propósito.... Y me lo hice sola en mi casa y después envolví todo en un diario y lo tiré todo [...] Nunca pensé en tenerlo, nunca a partir de que empecé a ver que era más probable que estaba... antes, en mis fantasías, me casaba, tenía dos hijos, perro... que tonta ¿no?... Cuando me dio positivo, mi fantasía... ya está... se terminó”.

Soledad, 27 años, sectores medios

“Me hice el Evatest en mi casa, creo que estaba toda mi familia. Yo me acuerdo que como tomaba las pastillas menstruaba tal día a tal hora, y era un reloj... y me desperté, tenía dos horas de atraso y le dije ya sé que estoy embarazada, y al otro día me hice el test con mi

familia y se enteraron todos más o menos al mismo tiempo pero yo estaba segura de que estaba embarazada, era el trámite de averiguar si sí o si no”.

Valeria, 26 años, sectores medios

Lola quedó embarazada en la última relación sexual que tuvieron con su pareja, antes de separarse. También recuerda que sabía y sentía que estaba embarazada pero trataba de olvidarse porque estaba por recibirse en la facultad y emprendiendo un viaje por estudios al exterior.

“Me hice el test y no me dio positivo ni negativo. Y yo otras veces por histérica me había hecho test y era negativo enseguida entonces eso me alteró [...] él se re calentó, me dijo que porque no le había dicho, que no podía ser, que se yo cuantas cosas y me dijo... “hacete un test”..., yo sabía que estaba embarazada pero tenía una negación, no podía creer que me estuviese pasando a mí, que yo siempre me cuidé”.

Lola, 27 años, sectores medios

Repitió el test de embarazo en compañía de su pareja, que le dio positivo, y al otro día —para “asegurarse”— se hizo un análisis de sangre. Enseguida decidió no continuar el embarazo e inició el proceso de aborto con misoprostol.

Carola tuvo dos embarazos, uno lo continuó y otro lo interrumpió, según ella sin pensar mucho en ninguna de las situaciones, primó el deseo.

“Estábamos usando preservativos y falló, o sea, no era buscado. Pero lo tuvimos. El aborto era una posibilidad que estaba en el aire [...] Pero yo en cuánto me enteré que estaba embarazada lo quise tener, por deseo. Yo lo quería tener, le dije te podés quedar o te podés ir, fui drástica con mi decisión. En la segunda gestación yo tenía... 20 años y él 22. Había dejado de amamantar, estaba hiperfértil, iba a empezar a tomar pastillas y quedé embarazada y aborté”.

Carola, 25 años, sectores medios

Si bien una de las entrevistadas repitió la experiencia del aborto, la decisión previa e incluso la advertencia a su pareja era que si quedaba embarazada tendría el hijo, porque pensaba que después del primer aborto no iba a poder tener hijos. A los cuatro meses quedó embarazada, y contrariamente a lo que había advertido, decidieron interrumpirlo:

“Él lo que me dijo fue que quería estar conmigo, que quería tener hijos conmigo pero que no era el momento, y lo charlamos bastante. Después cada uno buscó charlarlo con otro, a todo el mundo le parecía lógico que a los cuatro meses no lo tengamos, que después si queríamos buscáramos, pero ni siquiera nos habíamos ido de vacaciones juntos”.

Valeria, 26 años, sectores medios

Las situaciones de embarazo de las mujeres jóvenes de sectores populares son relatadas en estrecha relación al método anticonceptivo. Natalia estaba tomando pastillas, se terminaron y siguieron teniendo relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Ella estaba preocupada porque sabía que podía quedar embarazada pero la conversación con su pareja terminó en la decisión de buscar un hijo. A los 16 años quedó embarazada pero al poco tiempo de nacer su hijo fallece. Luego de un tiempo deciden nuevamente dejar de cuidarse, aunque cuando se entera del embarazo estaba separada de su pareja y decide interrumpirlo. Luego se arreglan y quedó embarazada de su segundo hijo.

“El de tres años sí es buscado, el segundo... vino. O sea estábamos conscientes de que yo me podía quedar embarazada pero lo hacíamos porque daba, no sé... la adrenalina... era tarde o temprano, iba a venir”.

Natalia, 22 años, sectores populares

Señala que su “organismo la ayuda” y no queda embarazada enseguida; cuestión que hace que al marido lo “carguen” por la escasa descendencia, reforzando la idea de virilidad asociada a la cantidad de hijos que forma parte del imaginario social, y desde el cual no poder tener un hijo (o tener “pocos”) socava la identidad masculina (Badinter, 1993; Viveros Vigoya, 2002).

Vanesa tuvo su primer hijo a los 19 años, a los ocho meses del parto quedó embarazada nuevamente y decidió interrumpir esa gestación:

“Ese no lo quería tener. Yo me llevaba por las fechas de mi período y al ver que no me venía fui y me hice los análisis y me dijeron que estaba embarazada. Agarré y me hice poner la inyección. Era un atraso de tres días y después de la inyección, me cayó, lo perdí”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

Luego, al tiempo de tener su segundo hijo, quedó embarazada porque debió interrumpir la toma de pastillas por el malestar que le provocaban y quiso interrumpirlo, pero como se enteró a los cuatro meses no consiguió a nadie que lo haga ni le venda las pastillas.

“Porque yo le había dicho que era de cuatro meses y me decían que no, que ya era muy grande, que no, pero yo no lo quería tener. Pero yo estaba tan ciega, tan mal con mi marido que no me importaba, no lo quería tener [...] Yo rogaba perderlo, hacía fuerza, levantaba cosas pesadas, me golpeaba la panza porque quería perderlo, no quería saber nada”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

Su último embarazo lo interrumpió sin que su pareja se entere, si bien él sospechaba algo, ella manifestó que podía disipar la duda con argumentos falaces, dado el desconocimiento de la pareja sobre el cuerpo o el ciclo femenino:

“Yo le decía que capaz se me cortaba por unos meses... como mucho de eso no entiende yo lo podía dar vuelta y le decía que era un atraso nada más. También me decía estás más ancha, estás más gorda... pero le decía que comía mucho, algo de eso, nada más”.

Vanessa, 27 años, sectores populares

Algunos varones adultos refirieron a una mezcla de sentimientos contradictorios al recibir la noticia del embarazo: por un lado un problema a enfrentar por no sentirse preparado para tener un hijo, y por otro cierta alegría al pensarse padres.

“Era una mezcla de sentimientos en ese momento, de “es una complicación”, “que hacemos” y a la vez, no sé si contento... pero como algo lindo. Era una contradicción entre no estar preparado, pero quererlo”.

Daniel, 40 años, sectores medios

Daniel recuerda que tenía posibilidad de opinar más que de decidir, porque el cuerpo que enfrenta la decisión es el de la mujer y que dada la urgencia en resolver la situación no tuvo en cuenta sus sentimientos. Ese embarazo para él sí podría haberse convertido en un hijo. En cambio, atravesando la misma situación con otra pareja recuerda que fue “mucho menos significativo”, había menos afecto.

“No me acuerdo muchos detalles de esa situación, tampoco mucho sentimiento de cuando me dijo que estaba embarazada, el recuerdo que tengo es mucho menos intenso para mí”.

Daniel, 40 años, sectores medios

El visualizar un hijo con esa pareja, aún sin haberlo planificado, fue decisivo no sólo para la resolución de continuar o interrumpir la gestación, sino también por la huella que dejó en estos varones adultos. León atravesó por dos abortos y reflexiona haber subestimado la situación, no le dio la importancia que tenía para sus parejas, no era “un trámite”. Posteriormente, ya más grande y con otra pareja deciden continuar el embarazo aunque “tampoco lo teníamos planificado pero queríamos tener un hijo”. Julio atravesó por dos situaciones de aborto, y la noticia del primer embarazo fue “shockeante” y si bien no eran una pareja estable él le manifestó a su pareja que en caso de decidir continuar se haría cargo del rol paterno:

“A mí me llamó, a las semanas... no éramos novios, me dijo tengo que hablar con vos, voy, me dijo que estaba embarazada, yo le dije esto de que el cuerpo es de las mujeres que te

decía, la decisión es tuya, si lo querés tener tengámoslo, va a tener apellido, va a tener padre... no sé. No va a tener “padres”, pero si papá y mamá, me hago cargo...”.

Julio, 44 años, sectores medios

Con otra pareja, al recibir la noticia del embarazo se sintió “estúpido”, porque él sabía el riesgo que corrían manteniendo relaciones sexuales sin protección, pero no hacía nada para modificarlo:

“Porque yo sabía que iba a pasar, le dije todo el tiempo que no lo teníamos que hacer y no dejé de hacerlo, seguí participando de una estupidez. Me sentí irracional, como que te digan vas a chocar, vas a chocar, vas a chocar 300 veces ¡y chocaste! ¡Y lo decía yo!”.

Julio, 44 años, sectores medios

La situación de Hugo fue diferente porque ella no podía asegurarle que fuese de él, pero era la única persona a la que podía acudir.

Adolfo tuvo dos hijos con una pareja, el tercer embarazo fue con otra pareja cuando él tenía 41 años y decidieron interrumpirlo porque hacía poco que estaban saliendo, aunque él recuerda que estaba dispuesto a tenerlo.

Luciano, que también tuvo hijos previamente con otra pareja, recuerda la noticia del embarazo que fue interrumpido, y reflexiona sobre la dificultad de pautar decisiones previamente bajo situaciones hipotéticas:

“No fue inmediato... porque llevó un tiempo hacerte a la idea del embarazo, y después tomar la decisión también nos llevó unas semanas. Tampoco mucho porque en realidad no tenés tanto tiempo [...] Vos podés hablar con una persona de cuarenta cosas, ponerte de acuerdo, pero cuando llega el momento no es lo mismo lo que uno pensaba abstractamente a estar en la situación. Con lo cual en la situación hubo ambivalencia, hubo marchas y contramarchas, hubo deseos encontrados, hubo mucha angustia, mucho dolor, de parte de los dos digo... cada uno lo vivió de una manera diferente”.

Luciano, 40 años, sectores medios

En ese sentido, Marcelo, el adulto de sectores populares que conforma este perfil recuerda que él no quería tener hijos en ese momento y su pareja tampoco, aunque después ella “se dio vuelta” y le dijo que lo había interrumpido por él. Eduardo recuerda que cuando su pareja quedó embarazada la resolución fue “fácil” porque no había otra opción que interrumpirlo.

“Cuando ella queda embarazada fue todo un drama, porque ella ya era reincidente, yo no sabía. [...] Es que fue más fácil, no había opción, no se podía tener ese chico. Porque era como cortar la opción, si bien yo tenía la fantasía, ella es más real... Hay como un cliché de

que la mujer es más madura, y que cómo lo vamos a alimentar, como va a crecer mirá fulano, mirá mengano, los chicos criados por los abuelos... entonces no”.

Eduardo, 48 años, sectores medios

No obstante, tanto esa interrupción como otra posterior, fueron realizadas “al límite” de la fecha recomendable:

“Hormonalmente ella estaba más gordita, porque estábamos al límite, entre que decidimos si tenerlo o no pasaron cuatro meses. Cuatro meses es un tiempo horrible para un aborto, entonces estábamos como.... Mi vida fue siempre con una presión horrible para las determinaciones finales”.

Eduardo, 48 años, sectores medios

Las mujeres adultas interrumpieron predominantemente sus embarazos de adolescentes y luego, con mayor edad, decidieron tener hijos que fueron planificados. Marcia incluso había pautado con su pareja la decisión de interrumpir un eventual embarazo, se cuidaban pero si el MAC fallaba no quería tener hijos en ese momento, y ambos estaban de acuerdo.

“A mí me daba pánico que avanzara, porque corrés más riesgo, y además lo iba a hacer igual. Estaba hablado de antes, no hubo que tomar la decisión, ya estaba pautada”.

Marcia, 46 años, sectores medios

Posteriormente perdió un embarazo que tampoco había sido planificado, y angustiada por esa pérdida decidió dejar de cuidarse. Tuvieron su primer hijo. Después tuvo otro embarazo con un amante, que decidió abortar por el tipo de relación, y luego un embarazo planificado del que nació su segunda hija.

“Ese fue planificado por mí, porque yo le decía a mi marido de que podríamos ir buscando porque ya tenía 4 años el nene y él me decía que no. Entonces una noche, cuando calculé que yo estaba ovulando, lo desperté, lo tironeé... y bueno. Aparte ya no teníamos tantas relaciones, estoy segura que fue en esa relación”.

Marcia, 46 años, sectores medios

Al igual que Marcia, Mirtha comprobó su embarazo con análisis de sangre y decidió interrumpirlo inmediatamente. El segundo embarazo fue planificado y nació su única hija. Fernanda atravesó por dos embarazos, uno concluyó en un aborto espontáneo, otro en un aborto provocado:

“Habrá sido a los dos años de salir, pero en realidad no llegó a crearme ninguna expectativa. Yo no quería quedar embarazada y bueno quedé... y no llegamos a decidir qué era lo que quería hacer que hice un aborto espontáneo”.

Fernanda, 42 años, sectores medios

Sobre el aborto provocado recuerda la dificultad de confirmarlo con análisis dado que no había test de embarazo y lo complejo que fue conseguir quien lo realizara porque fue en época de las fiestas de fin de año.

Adriana recuerda los sentimientos ambiguos asociados a la confirmación del embarazo: por un lado era el “antiprograma” porque eran jóvenes, estaban estudiando, no tenía “sentimientos maternos”; y, por otro, la sensación de sentirse “todopoderosa” porque podía quedar embarazada.

“Porque no decía “una vez que veamos los resultados vemos que sentimos”, no... ni loca. O no estaba embarazada o tenía que hacer el aborto, no había otra opción. Entonces miraba eso y decía uh, tengo que hacer el aborto pero... “mirá vos, que grande soy, quedo embarazada...”.

Adriana, 49 años, sectores medios

Con otra pareja, luego de varios años, decidieron dejar de usar métodos anticonceptivos para tener un hijo porque, según sus palabras, sintió por única vez “un instinto maternal, sólo una vez tuve ganas de ser madre” y reflexiona acerca de las experiencias anteriores señalando que tal vez quería interrumpir un embarazo, y por eso los métodos fallaron:

“Después de los años yo llegué a pensar que quería quedar embarazada para interrumpir un embarazo, no para tener hijos, porque después de un tiempo nos empezamos a cuidar con el diafragma... y con el diafragma –después me doy cuenta que no bien puesto– sí quedé embarazada. Que tendría alrededor de 20. Quedé dos veces, con el mismo método”.

Adriana, 49 años, sectores medios

Carmen interrumpió dos embarazos. Uno a los 30 años, que no se detuvo a pensar cómo se sentía, “no hablé de eso con él, no fue que nos enternece y dijimos que lástima, fue un alivio”. El otro, más complejo para ella, fue a los 41 años porque ya tenía una hija.

Las mujeres adultas de sectores populares también tuvieron sus abortos de jóvenes, y mencionaron la inexistencia del test de embarazo para confirmarlo. La realización del análisis de sangre dificultaba y demoraba la interrupción de esos embarazos.

Isabel tuvo un aborto espontáneo, aunque sin buscar el embarazo, y por eso luego decidieron tener un hijo, porque se habían quedado “desilusionados”. Nació su primera hija y a los pocos meses quedó nuevamente embarazada: “ese no lo buscamos... me quería morir. Se llevan diez meses y medio mis hijos”. A los pocos meses la situación se repitió y, por los mismos motivos, decidió interrumpir la gestación.

Daniela quedó embarazada dos veces con una pareja, también con escasos meses de diferencia y ambos fueron interrumpidos. Con otra pareja también interrumpió el primer embarazo y luego tuvo a sus dos hijas:

“Pero ahí se terminó la pareja y cuando vuelvo a quedar embarazada, después de la primera, que quedé muy rápido, ahí yo no quería tener otro hijo y no pude hacer un aborto porque ya había tenido un hijo y seguí adelante y tuve mi segunda hija”.

Daniela, 48 años, sectores populares

Edith planificó sus dos primeros embarazos, el tercer embarazo “no fue como mi hijos que yo sí quería, que los buscamos, pero ese no” y habló con su marido y decidieron interrumpir. No podía dejar pasar mucho tiempo.

Las opciones de continuar o interrumpir un embarazo, para los entrevistados de este perfil, estuvieron estrechamente relacionadas al tipo y al momento de la pareja. En las parejas ocasionales, la confirmación del embarazo sólo implicó el comienzo del circuito del aborto, la posibilidad de continuarlo no fue contemplada. En cuanto al momento de la pareja, sucedió algo similar en los embarazos a temprana edad o en aquellos que se produjeron al poco tiempo de relación de la pareja. Esperar, a ser más grande y a que la pareja se consolide, fue en forma paralela a la decisión de interrumpir, dando lugar a una interrupción que significaba postergación más que imposibilidad. A mayor edad, y en parejas consolidadas, la noticia del embarazo aunque no fuera planificado, se tomó con alegría y sin cuestionar la continuidad. En las diversas situaciones, el momento de la noticia del embarazo, daba lugar a ambigüedades y dudas; aunque la decisión de interrumpir o de tener hijo se hubiera pautado previamente.

Uno de los cambios más importantes en relación al embarazo es la aparición del test, resolviendo rápidamente la confirmación de la sospecha del embarazo y posibilitando el conocimiento de la mujer, o de la pareja, sin intermediarios. Esta posibilidad contribuiría a mantener el secreto de la situación, al menos hasta que deciden qué hacer y a evitar maltrato del personal de salud.

Las más jóvenes, de ambos sectores económicos, tuvieron la posibilidad de confirmar el embarazo con un test. Las mujeres adultas no contaron con ese elemento en el momento de sus primeros embarazos y tuvieron que confirmarlos con análisis de sangre, principalmente las de sectores medios, y a través de la revisión o diagnóstico de las mismas parteras o comadronas que harían el aborto en el caso de las entrevistadas de sectores populares.

En los entrevistados de sectores medios que pueden acceder a atención médica se destaca la posterior confirmación con análisis de sangre e incluso ecografía, aun en los casos que la interrupción sea una posibilidad.

En los entrevistados de los perfiles más tradicionales se percibe el embarazo como algo “que llega” por azar, porque Dios manda, por destino; cuestión que contribuye a desresponsabilizarse ellas y sus parejas y continuar trayectorias de no cuidado anticonceptivo. En otros casos la responsabilización la trasladan a madres que no informaron o a profesionales de la salud que les “suspendían” determinado método anticonceptivo.

Dos cuestiones que se mantienen frente a la situación de un embarazo son, por un lado, la dificultad de negarlo, por los cambios inmediatos que produce en el cuerpo de la mujer, y, por otro, la urgencia en resolver la situación, principalmente cuando se piensa en interrumpirlo como única posibilidad.

Invariablemente el momento de saberse embarazada en la mujer y responsable del embarazo en el varón abren un inmenso abanico de posibilidades, en el cual la

edad, la situación de la pareja y la situación económica son algunos de los factores más influyentes para tomar la decisión.

Si bien no se indagaban otras formas de mater/paternidad posibles como la adopción o los tratamientos de fertilización asistida, hubo algunas —mínimas— referencias en las cuales se señalaba que en una etapa de búsqueda de embarazo sin resultados positivos, se hicieron estudios y les indicaron la toma de medicación para favorecer la procreación, aunque no lo realizaron porque la relación de pareja se terminó; y la sugerencia de algún miembro de la pareja para adoptar, encontrando la oposición en el otro miembro de la pareja.

Tal como se señalaba en el marco contextual en referencia a las transiciones demográficas, el descenso de la fecundidad no fue homogéneo en todo el país ni en todos los sectores sociales. Lo analizado sobre embarazos en este capítulo confirma la persistencia de dos modelos de reproducción: por un lado una fecundidad temprana y más elevada característica de los estratos socioeconómicos bajos; y, por otro, uno menos prolífico y tardío de los sectores más favorecidos (López y Findling, 2012).

Los motivos considerados para interrumpir un embarazo son, como se verá en el siguiente capítulo, muy variados; al igual que las formas de atravesar el momento de la noticia del embarazo: mujeres que cuentan o no a sus parejas, varones presentes y ausentes, decisiones compartidas, unilaterales, influidas o tomadas por otros, decisiones pautadas que se respetan y decisiones que se modifican.

Capítulo 5: Las interrupciones del embarazo: motivos y tipos

En este capítulo se analizan los motivos mencionados por los entrevistados para interrumpir un embarazo y los circuitos recorridos, especificando la elección del método para la realización del aborto. Se tuvieron en cuenta los circuitos conocidos por los entrevistados y la valoración de las diferentes opciones. En este sentido, se enfatizó en la opción utilizada por la mujer para realizar la interrupción, aunque luego terminara asistiendo a una institución de salud frente a complicaciones en el aborto.

Perfil 1: Descuidados tradicionales

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto sin uso de técnica)

Los entrevistados que conforman este perfil atravesaron las situaciones de aborto luego de tener hijos. Predominantemente la interrupción del embarazo fue decidida para poner fin a la etapa reproductiva, y el principal motivo mencionado fue claramente no querer tener más hijos:

“Porque no quería tener más. Estaba segura de que no quería tener otro más. Aparte la nena era muy chiquita”.

Mariana, 40 años, sectores populares

“Y... porque era muy chiquito el otro hijo que tenía, ya no quería tener más”.

Claudia, 49 años, sectores populares

Ana decidió interrumpir su tercera gestación, luego tuvo nuevamente hijos, y cuatro años después del primer aborto volvió a interrumpir un embarazo. En parte los motivos coinciden con las entrevistadas anteriores, no querer tener más hijos por las responsabilidades que implicaban, y en su caso se adicionaba la situación de pareja: se habían ido del hogar cuando ella cursaba los embarazos y “sola no quería más”.

Las mujeres decidieron abortar y no le contaron a sus parejas. El entrevistado se desliga de la toma de decisión, responsabiliza a su pareja y argumenta que en ese momento él “no estaba en sus cabales”, debido a su adicción a las drogas.

“No sé si estaba en contra o no en ese momento porque te estoy hablando de la inconsciencia de la persona. Yo no estaba en mis cabales para determinar si estaba bien o mal lo que hacía, es muy difícil de explicar, en ese momento no se me preguntó o no tuve

la posibilidad de compartir y si compartí de alguna manera todo esto yo no estaba en mis cabales [...] en cuanto a decisiones no, por eso no te sabría decir...”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Mariana realizó dos interrupciones, ambas con sondas. No fue una opción entre varias sino el único procedimiento que tuvo al alcance cuando lo necesitaba, y repitió el procedimiento porque ya conocía cómo era y a quién recurrir.

“Le comenté a una persona que ni siquiera era mi amiga, no sé por qué, se dio, y me dijo eso,... “anda a hablar con tal que no te va a cobrar tanto”... y fui a hablar y arreglé”.

Mariana, 40 años, sectores populares

El primer aborto se produjo al otro día de haberse colocado la sonda, en su casa. La segunda interrupción fue más compleja y tuvo que ir al hospital, donde luego de maltratarla, los médicos le hicieron un raspaje.

“Yo no les iba a decir, pero después como que tuve que decirles. Me dijeron que me iban a denunciar, pero después no hicieron nada, yo me re asusté pero no hicieron nada. Me trataron mal, bastante mal, porque yo estaba mal... no me acordaba ni como me llamaba, pero sentía que me trataban mal, decían... “esta abortó déjenla ahí, que se cague”.

Mariana, 40 años, sectores populares

Si bien las dos veces que fue a colocarse la sonda concurrió sola, en la primera oportunidad le había contado a su mamá. La segunda vez no le contó a nadie porque la “hacía sentir peor” que otra persona lo sepa. Fueron sus hijos los que al verla con fiebre y hemorragia llamaron a su mamá y ella la llevó al hospital.

La interrupción de Claudia fue similar. No le contó a nadie, sólo a una amiga que le recomendó una enfermera del barrio que colocaba sondas. No averiguó por otro procedimiento, y fue lo antes posible para resolverlo a tiempo. También, a causa de ese aborto inseguro, tuvo hemorragias y fiebre, y el marido la llevó al hospital donde el aborto fue concluido con un raspaje.

“Ahí le dijeron a mi marido... “su señora se hizo un aborto”..., como él no sabía dice no, si, todos los chicos que tenemos son porque nosotros quisimos”.

Claudia, 49 años, sectores populares

El marido argumentaba que se habría caído, frente a la insistencia de los médicos en saber quién había causado el aborto, porque él la encontró desmayada y efectivamente no estaba al tanto de la interrupción del embarazo.

Horacio señaló haberse enterado después que el aborto había sido provocado por “unas cositas con perejil”, aunque señala nunca haberle dado importancia:

“Realmente nunca nos sentamos a hablar del tema y en algún momento si me lo ha dicho yo no le daba importancia, no me importaba un carajo. Lo mío era desde el punto de vista de decir... “lo hiciste, jodete”...”.

Horacio, 41 años, sectores populares

Las dos interrupciones de Ana fueron diferentes. En la primera señaló que “siempre estaba tomando cosas, tomaba yuyos... mezclas de pastillas”, aplicando en forma conjunta todas las recomendaciones de sus amigas. No sabe con precisión qué fue lo que causó efectivamente la interrupción porque estuvo casi tres meses probando, desesperada, todo lo que le sugerían, hasta que un día comenzó el proceso de aborto en su casa. No obstante, culminó en el hospital con un raspaje por la fuerte hemorragia. La llevó su marido y familiares de él, cuando la encontraron en la casa en el momento de expulsión. Ninguno de ellos sabía que estaba embarazada y tampoco lo contó después:

“Cuando me trajeron del hospital todos a preguntarme “qué hiciste, qué tomaste, qué te hizo hacer esto, te podrías haber muerto”. No, le dije yo, lo que pasó fue que el médico me dijo que tenía hongos y me dio unos óvulos y me los puse y yo no sabía que estaba embarazada. No les dije todo lo que me puse y todos los meses que venía renegando con esto”.

Ana, 40 años, sectores populares

Como ya era un embarazo avanzado, la expulsión del feto fue muy dolorosa y traumática. En el hospital además amenazaron denunciarla y tuvo que hacer tratamiento psiquiátrico. Ese derrotero llevó a que para la segunda interrupción buscara otra opción, quería “algo sin tener efecto a largo plazo, quería algo que sea hoy”. Una de sus cuñadas le recomendó una comadrona del barrio que lo hacía con sonda. Fue a pautar el procedimiento y dos días a colocarse la sonda, luego “expulsó un coágulo” en su casa. Su pareja tampoco se enteró. Lo sabían el hermano, la cuñada, y le había dicho a la madre para que cuidara a los hijos si le pasaba algo, porque después de su primera experiencia ese era su único miedo.

Ninguna de las entrevistadas optó entre diferentes procedimientos para la interrupción del embarazo, lo hicieron con lo que tuvieron acceso tanto respecto a conocimiento como en cuánto al costo. Fueron otras mujeres las que sugirieron esas

opciones. Los abortos los pagaron ellas, con su propio dinero si trabajaban, vendiendo algo o con dinero que le daba su pareja “para otra cosa”, dado que ninguno de ellos estuvo al tanto. Esas interrupciones con métodos caseros mostraron las consecuencias en sus experiencias: tuvieron que recurrir al hospital con fuertes dolores, fiebre y hemorragias. El maltrato de los médicos fue otra constante. Con sus cuerpos, en soledad y maltratadas pagaron el costo de no querer tener más hijos.

Perfil 2: Descuidados modernos

(Trayectorias de no cuidado anticonceptivo – Aborto con uso de técnica)

Yanina y Guadalupe atravesaron por un solo aborto, antes de tener hijos, a los 15 y 18 años respectivamente. Miryam interrumpió tres embarazos después de tener dos hijos, a los 14 y 15 años. Luego tuvo seis hijos más.

Los motivos de Yanina y Guadalupe fueron similares, temían la reacción de sus familias ante la noticia del embarazo, ya que coincidieron en que en los hogares “eran muchos” y se iban a enojar. Decidieron interrumpir el embarazo enseguida. Yanina con el acuerdo y el apoyo de su novio; Guadalupe lo decidió sola porque su pareja quería tenerlo y que lo criara su madre, se pelearon porque él no aceptó la interrupción. Miryam no quería tener más hijos en ese momento, a los 16 años y con problemas en la familia, su abuela estaba enferma, ella la tenía que cuidar y “no iba a poder manejar todo”. Antes de realizar las interrupciones le contó a su pareja, pero no le importaba su opinión, ella había resuelto interrumpir esas gestaciones.

Los circuitos fueron diferentes. Yanina y su novio lo hablaron con un amigo de cada uno. Su amiga la ayudó a comprar y a hacer el test de embarazo, mientras que el amigo de su pareja recomendó el lugar para realizar la interrupción. Como querían resolverlo rápido, antes de que el embarazo se notara y los familiares se dieran cuenta, no buscaron otra opción.

“Él me dijo que un amigo sabía de esa farmacia, te daban unas inyecciones y pastillas y vos lo perdías. Y entonces un sábado a la mañana fuimos temprano y ahí nomás me puso el farmacéutico y a la noche ya lo perdí”.

Yanina, 18 años, sectores populares

El recorrido seguido por Guadalupe para lograr la interrupción fue más largo, con intentos de aborto⁸⁴ previos al aborto efectivo:

“Me fui a la casa de una amiga, que tenía una casa de dos pisos y tomamos vino y todas esas cosas y me caí, pero no pasó nada. Me fui a la maternidad y lo tenía ahí. [...] lo hice a propósito y les dije que me caí sin querer. Pero no pasó nada. Fui a buscar las pastillas y tampoco nada. Entonces fui a lo de la señora que me ponga perejil. Y después de una semana cae”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

Todas las opciones se las habían sugerido sus amigas, que también le recomendaron atenderse en el hospital para no tener problemas si tenía complicaciones. Entonces, después de perder el embarazo en un local bailable y como tenía mucho dolor, fue a la institución sanitaria. Esa estrategia le permitió evitar ser maltratada, aunque recuerda que los médicos comentaban entre ellos “ésta se habrá hecho un aborto”.

“Fui al hospital porque para esa época me decía mi amiga que si vos quedás embarazada te tenés que ir siempre a hacer el control, cosa que si lo perdés o pasa algo no pase nada y te piden los papeles de ahí y no se van a dar cuenta de que te hiciste un aborto. Yo tenía el control, me había hecho una ecografía, tenía todas esas cosas... Me preguntaron qué me había pasado y yo les dije que me había caído de la escalera, nada más. Y me creyeron, me hicieron un raspado para sacar todo lo que quedó adentro y listo”.

Guadalupe, 27 años, sectores populares

Miryam realizó las tres interrupciones con misoprostol. Anteriormente había intentado abortar, en su segunda gestación, con sondas. Pero no había dado resultado porque ya era un embarazo avanzado. La misma persona que entonces le puso las sondas le recomendó las pastillas de misoprostol, que ella compró en la farmacia y fue a que se las coloque en la primera oportunidad. Las dos interrupciones siguientes las hizo ella sola, en su casa, también utilizando misoprostol, porque ya había aprendido.

“Sin problemas, no te pide receta, nada, nada. Ahora aumentó, como saben que hace efecto y todo el mundo la va a buscar la van aumentado cada vez más”.

Miryam, 26 años, sectores populares

⁸⁴. Los intentos serían “intervenciones menores con las que se procura interrumpir el embarazo: uso de hierbas o duchas vaginales, ingesta de píldoras, aplicación de inyecciones de regularización menstrual, traumas autoprovocados y preparados abortivos. Muchas veces esos intentos, lejos de cumplir con el propósito para el cual son ensayados, son totalmente neutros o inocuos o bien acarrear lesiones sin producir necesariamente el desprendimiento del huevo” (Llovet y Ramos, 1988:16-17).

En las primeras dos interrupciones no tuvo inconvenientes. La última, de un embarazo más avanzado, fue más complicada: “se me había tapado el oído, me dolía la cabeza, temblaba de fiebre”. Su cuñada le había dicho que no concurra al hospital para evitar denuncias. Pero se sentía tan mal que prefería ir a atenderse y decirles la verdad. Contra los pronósticos de su cuñada y los supuestos de ella, al contar que había utilizado misoprostol, la respuesta de la médica fue “si vos no lo querés tener andáte a tu casa y hace fuerza o levantá algo pesado”. Esa fue la última interrupción, luego decidió continuar los demás embarazos. No recuerda haber temido que la denunciaran, lo que le preocupaba era no perder el embarazo y que naciera enfermo o deforme. Otras personas le habían comentado de métodos caseros para interrumpir pero le parecieron inseguros:

“Me habían dicho del perejil todo eso, pero conozco una señora que una vez se había puesto y le sacaron los ovarios y todo porque le había quedado un pedazo adentro”.

Miryam, 26 años, sectores populares

La única que ponderó entre varias opciones fue Miryam y optó por el misoprostol porque según le aconsejaron era más cómodo que la sonda. Y mantuvo este procedimiento en las interrupciones siguientes porque resultó efectivo, incluso la segunda y la tercera interrupción las realizó sola en su casa. Las otras entrevistadas probaron con el primer procedimiento sugerido por alguien del entorno, sin comparar otros. A diferencia de las mujeres adultas del perfil anterior tenían referencias de los procedimientos y las estrategias para enfrentar la interrupción de un embarazo.

Perfil 3: Tradicionales-tradicionales

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto sin uso de técnica)

Mariela atravesó por una experiencia de aborto a los 15 años. Era su segunda gestación, ambos embarazos fueron con la misma pareja manteniendo una relación a escondidas de su familia. Por esto, porque ya tenía una hija y la pareja no se hacía cargo y porque era chica, los padres decidieron que interrumpiera el segundo embarazo y se encargaron del procedimiento. No había opciones, era la forma que la madre conocía: una partera de la zona que lo hacía utilizando sondas.

“Mi mamá me llevó a una señora que hacía, era partera. Te preparaba, te ponía inyección para el tétano, para la hemorragia, y te ponía un aparato abajo, como una gomita, una sonda, y tenías que esperar. Y me dijo que me iba a empezar el dolor y me iba a bajar”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Fue con su madre a la casa de la partera a que le colocara la sonda, pero lo perdió en su casa y le causó mucha impresión ver el feto, recuerdo que volvió reiteradamente en la entrevista:

“Me acuerdo que mi mamá no sabía qué hacer con el feto y lo que hicieron, entre mi abuela y todos, trajeron una bodeguita y rezaron y lo envolvieron y lo enterraron atrás de mi casa”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Su pareja se enteró después, por familiares, no estuvo en el momento de decidir. Y si bien la decisión la tomaron los padres, ella señala que se lo “quería sacar”. La madre se ocupó y el padre lo pagó. De los dos embarazos se enteró toda la familia y también opinaban:

“Toda mi familia, estaban todos malos “que esto, que aquello”; lo cazaban a mi papá y le decían “decile esto, lo otro” y mi papá vivía trabajando. Ellos cuando la segunda vez decían “sí hacéselo sacar, que vas a hacer con otro hijo”, siempre hay un tercero que si tiene que meter la cuchara, aprovecha”.

Mariela, 45 años, sectores populares

Mariela no recuerda haber tenido miedo porque se respaldaba en sus padres pero escuchaba la preocupación de ellos, recuerda que decían “ojalá salga todo bien porque si no vamos todos presos”.

El resultado de las gestaciones, en este perfil tradicional, se resolvió de esa forma, tradicional. Tanto en lo que refiere a procedimientos a seguir para interrumpir la gestación (sonda), como en lo que respecta a motivos y argumentos utilizados por los padres de la entrevistada para decidir que un embarazo continuara o se interrumpiera. Ambos eventos atravesados por la opinión de toda la familia. También el cuidado anticonceptivo posterior fue con métodos tradicionales.

Perfil 4: Tradicionales-modernos

(Trayectorias con MAC tradicionales – Aborto con uso de técnica)

Los entrevistados de este perfil atravesaron, predominantemente, por una experiencia de aborto en su juventud. El motivo mencionado para decidir interrumpir el embarazo se relacionaba con esa etapa vital y la falta de madurez para enfrentar la paternidad:

“No queríamos traer un bebe, no estábamos seguros y era lo mejor. Fue por nuestro hijo, por no tener un hijo que no podíamos ni criar, no estábamos preparados para vivir juntos”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

“Que ninguno de los dos quería tener un bebé en ese momento, fue un acuerdo común. Ni siquiera habíamos pensado casarnos, ni vivir juntos, teníamos una pareja estable pero no queríamos tener hijos en ese momento”.

Sergio, 45 años, sectores populares

“Se toma la decisión del aborto porque los dos éramos muy jóvenes, ninguno de los dos podíamos cargar con esa persona”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

El principal motivo de Belén para decidir interrumpir el embarazo fue el miedo que tenía a la reacción de su padre. Su pareja estuvo de acuerdo.

“Los padres de antes eran muy estrictos... Que no te vengas embarazada, que se yo... fue más que nada por eso, me sentí con esa presión por eso. Si venís embarazada directamente, te vas... era así”.

Belén, 46 años, sectores populares

Gustavo y su pareja le contaron del embarazo a una pareja de amigos, algo más grandes, que fueron los primeros en mencionar la posibilidad de interrumpirlo, los que recomendaron el lugar y les prestaron el dinero para realizar la intervención.

También Sergio coincidió en forma inmediata con las parejas con las que atravesó la experiencia en que la mejor opción era interrumpir el embarazo porque aún no estaban preparados, y en uno de los casos también porque hubiese sido un problema familiar para ella, dado que los padres eran “extremadamente católicos”; y no iban a aprobar haberse “quedado embarazada sin casarse”. En ninguna de las situaciones las familias se enteraron, sólo algunos y muy cercanos amigos, que fueron los que colaboraron consiguiendo el contacto para realizar el procedimiento, pero no influyeron en ninguna de las decisiones. También le prestaron algo de dinero para completar la cifra requerida para realizar la interrupción.

Ezequiel también refiere que coincidieron con su pareja en abortar, pero remarca que le “tocó encargarse” a él, tanto del plano económico como psicológico:

“Se dieron varias situaciones... ella por un lado no quería que... bueno abortamos, sí, abortamos; pero ¿qué pasa?... “Hacete cargo vos Ezequiel de esto”, con lo cual que ella lo único que hacía era sentarse, esperar y abrir las piernas, que le saquen el chico y listo. Yo me tuve que hacer cargo de todo, tanto económicamente, como psicológicamente, como mentalmente. No sólo de mi parte, sino también de la parte de ella”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

A los pocos minutos de referir que ella “lo único que hacía era esperar que le saquen el chico”, como si se tratara de un acto simple y sin ningún tipo de implicancias físicas y emocionales, el entrevistado señaló que si bien se sentía mal sabía que tenía que “ser fuerte por ella, porque era la que tenía que poner el cuerpo”. Además recuerda la urgencia que primaba para conseguir el contacto y la plata dado que sabían que era más riesgoso a partir del cuarto mes de embarazo:

“Con lo cual yo tenía un límite para conseguir ese dinero y yo no le quería decir a mi familia que me preste plata para un aborto... cuando yo ya tenía la sogá al cuello y ya había sufrido un montón la encaré a mi vieja y le dije, “mirá mamá, pasa esto y esto” y... bueno, mi vieja puso la plata que faltaba”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

Todas las interrupciones fueron con curetaje, en consultorios médicos, recomendados generalmente por conocidos de alguno de los miembros de la pareja. Averiguaron otras opciones y optaron por ese tipo de intervención por considerarla más segura.

“Hablamos con el médico y en la misma primera vez que fuimos abortó. Fuimos con el papelito, nos hicieron pasar, abonamos en ventanilla y la hicieron pasar a ella. Como cualquier cosa en la clínica, por suerte fue así, un buen lugar”.

Gustavo, 43 años, sectores populares

“Es horrible, llegás a un lugar en donde, además a un nivel sanitario que es de terror... nosotros lo hicimos en un buen lugar, pero que es un consultorio, no un sanatorio... una emergencia médica, un paro cardíaco, no lo pueden resolver. Además no te dejan quedarte, por lo menos la experiencia que yo tuve, no es que la mujer puede quedarse ahí, te tenés que ir más o menos rápido...”.

Sergio, 45 años, sectores populares

“Cuando nos hacen la entrevista para corroborar que vamos a hacer le dijimos al médico que queríamos interrumpirlo, la tranquilizó a ella, que no iba a pasar nada y, previo pago del arancel, nos dio las instrucciones pertinentes y dijeron que por favor yo no venga ni trate de estar por los alrededores del lugar. Que preferentemente ella no vaya sola, que vaya con la madre (obviamente la madre no se podía enterar), o una amiga, pero ella nunca quiso que su entorno se enterara, la que la terminó acompañando fue mi mamá”.

Ezequiel, 27 años, sectores populares

“Fui, me preguntó todo y después ya me dio el turno y en la segunda vez ya me lo hizo”.

Belén, 46 años, sectores populares

Belén lo recuerda como un evento traumático y doloroso, se sentía mal por no cumplir con el mandato mujer=madre:

“Es muy traumático, es muy doloroso, te sentís muy culpable... te sentís culpable porque decís... una madre tiene que cuidar a su bebe y hasta el día de hoy todavía me duele eso”.

Belén, 46 años, sectores populares

Para Sergio también fue doloroso, pero a diferencia de Belén él no se sentía culpable y estaba a favor del aborto. Lo que más le afectaba era la clandestinidad, el ocultamiento y el mal trato de los profesionales que realizaron la interrupción y les exigieron que se retiren rápidamente del lugar:

“Ir cagados en las patas, volver con la persona en un taxi, dopada, sangrando, llena de apósitos, que no sabés qué carajo pasará... rogás que no pase nada, y eso que nosotros lo hicimos en las mejores condiciones en nuestro país”.

Sergio, 45 años, sectores populares

A la segunda experiencia de aborto Sergio también la recuerda como dolorosa, y manifiesta que no pudo compartir con su pareja lo que ella veía como un aspecto positivo de esa gestación dado que por momentos, según él relata, ella se sentía feliz de saberse fértil.

En ninguno de los abortos hubo complicaciones, eran “seguros”, en los “mejores lugares posibles”. Todos fueron realizados por profesionales, en consultorios y con anestesia. En consecuencia, no sólo estuvieron exentos de complicaciones, sino que a diferencia de los entrevistados de los perfiles anteriores la preocupación no estaba en si la mujer podía llegar a morir o quedar con secuelas graves. El ocultamiento de las familias y la clandestinidad eran las preocupaciones de estos entrevistados, en estas intervenciones favorecidas por el acceso a procedimientos técnicos.

Perfil 5: Modernos limitados

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto sin uso de técnica)

Las jóvenes que conforman este perfil atravesaron por la experiencia de aborto con su segunda pareja, luego de tener un hijo. Cecilia lo decidió el día que descubrió una infidelidad de su pareja. Verónica sabía que su pareja no quería tener compromisos, era más grande y no era una relación “seria”. Si bien los motivos eran diferentes, compartían el sentirse solas y con la responsabilidad de un hijo, razón por la que decidieron que no era el momento adecuado para un segundo hijo.

“Estaba sola y sin trabajo, sin nada, con las nenas.... Y la decisión fue por lo que vi en ese momento, fui a mi casa y lo decidí. Antes no lo había pensado, por eso es que dejé que pase mucho tiempo porque lo iba a tener”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

“Estaba sola con mi nene ya y no quería tener otro. En ese tiempo quería tener uno solo. Además nadie sabía que salía con él. Yo quería a éste solo que tenía, en ese momento quería tener uno solo... en ese tiempo ahora ya no”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Recurrieron a mujeres del barrio (no saben si eran parteras o enfermeras) que hacían abortos con sondas porque era lo que sabían por amigas o familiares que ya habían pasado por la experiencia. Es decir que, si bien utilizaban métodos anticonceptivos modernos, acudieron a prácticas abortivas tradicionales porque era lo que estaba a su alcance, tanto en el plano del conocimiento como en el económico:

“Se sabía que esa señora hacía esas cosas, y fui y hablé con ella. [...] Ella me preguntó muchas veces si yo estaba segura de lo que iba a hacer, si era en verdad lo que quería, la señora me habló un montón”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

“En lo de una vecina acá del barrio que sabía por mis amigas que lo hacía, que te ponía las sondas. Se encargaba de eso nomás. Estaba de dos meses. Me puso las sondas el sábado y me fui a mi casa. Y al otro día me levanté y sentía como dolores, como contracciones y tenía como ganas de ir al baño. Y ahí hice fuerza y lo largué”.

Verónica, 27 años, sectores populares

Luego de que le colocaran la sonda, Verónica se fue a bailar, pero se sintió mal y tuvo hemorragias. No obstante, durante los días que duró el malestar no dejó de trabajar, ni fue al hospital para que no se entere su madre que trabajaba allí:

“Sentía que tenía algo. Yo inflaba la panza y hacía que los chicos que cuidaba me saltaran a propósito y después de esa semana volví como a largar algo y ahí me enderecé bien, pude caminar bien”.

Verónica, 27 años, sectores populares

En el caso de Cecilia fue más complejo. La sonda no hizo efecto, sólo fisuró la bolsa y tuvo que ir al hospital por los fuertes dolores que sentía. Estuvo internada una semana e hicieron que retenga el embarazo. Al salir, decidió que ya habían pasado “muchas cosas y mucho tiempo” y continuaría el embarazo. Pero a los pocos días sufrió una caída en la calle, y al golpearse la panza se produjo el aborto.

“Y ahí parece que la bolsa ya se rompió del todo porque largaba demasiado líquido, entonces aguanté... Y después ya me fui a la maternidad a hacer lo que tenía que hacer y hasta ahora no me lo perdono, pero fue una desesperación, lo único que pedía era de que la bebé no se despierte y la gordita tampoco porque encima parece que del líquido que yo había largado como que se me secó, entonces no salía... no salía, estaba como trabado. Entonces tuve que agarrar un trapo, y con el trapo me lo tuve que sacar...”.

Cecilia, 27 años, sectores populares

Las entrevistadas de este perfil decidieron interrumpir el embarazo solas, no le contaron a sus parejas. También enfrentaron solas, tanto el gasto, como el momento de la interrupción. Sabían que era riesgoso, pero “no tenían opción”. Tenían miedo, pensaban en sus hijos y por lo que les habían contado o se rumoreaba en el barrio, sabían que podían morir. Pero la imposibilidad de continuar el embarazo y la desesperación por resolverlo cuanto antes pudieron más que ese miedo.

Perfil 6: Semi-modernos

(Trayectorias con MAC moderno (sólo preservativo) – Aborto con uso de técnica)

Sólo una de los jóvenes que conforman este perfil (de sectores populares) atravesó por dos situaciones de aborto. Las interrupciones fueron realizadas con misoprostol, curetaje y, excepcionalmente, algunas requirieron más de un procedimiento. En esas situaciones iniciaron el proceso de interrupción con misoprostol y luego debieron hacerse aspiración, curetaje o usar sondas para concluirlo. Fueron las experiencias de las mujeres de este perfil. El reemplazo de un procedimiento por otro no se basó en valoraciones ligadas a lo técnico/no técnico sino en la no efectividad de la práctica inicial y la urgencia por resolver la situación, que las llevó a probar todo lo que le recomendaran o estuviera a su alcance hasta lograr el aborto efectivo.

Catalina utilizó en primer lugar misoprostol, porque era el método que conocían los amigos a los que le había contado del embarazo. Pero no funcionó. Su pareja consultó con un conocido que le indicó una farmacia en la que utilizaban inyecciones y misoprostol, fue inmediatamente pero tampoco dio resultado. Preocupada por el paso del tiempo le contó a su hermana y a través de una amiga de ella consiguieron una clínica en la que también procedían con inyecciones, a la que acudió en reiteradas oportunidades, sin éxito. Finalmente, y también en un lugar recomendado por un amigo, logró interrumpir el embarazo realizándose una aspiración.

“Y al final me terminé haciendo una aspiración y ya estaba de tres meses y medio. Dos veces por semana iba hasta allá y el tipo me decía “ya va a funcionar” pero no”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Al recordar el circuito recorrido se pregunta cómo toleró todo eso, sin que sus padres lo sepan, continuando sus estudios para que no sospechen y con el temor de no

poder abortar y que fuera “un monstruo” por todas las hormonas que implicaban los procedimientos. También cuestiona su proceder el día de la aspiración: fue sola al lugar, suponiendo que en la primera consulta pautaban las condiciones y luego la acompañaría su hermana el día de la intervención, pero el profesional ofreció hacerlo ese día y ella no lo dudó.

“Entonces fui, era en Quilmes. Fui en remis. Y el tipo me dice cuando te lo querés hacer, yo le dije lo antes posible. Y entonces me dice con quién viniste, le dije que con un amigo y me dice bueno, te lo querés hacer ahora. Y le dije que sí, ni dudé, y me lo hice ahí... inconsciente total...”.

Catalina, 26 años, sectores medios

Sofía intentó con misoprostol, se lo había recomendado una amiga y prefirió estas pastillas porque la sonda le “daba miedo”; sin embargo al no funcionar y ya desesperada por el paso de los meses fue a colocarse una sonda. Este circuito escenificaría una preferencia inicial por el procedimiento técnico, y también novedoso, que al no resultar efectivo —generalmente por no usar las dosis adecuadas— conduce al procedimiento casero tradicional, con fama de efectividad entre las mujeres.

“Me lo quería sacar y una amiga me ayudó, me llevó a la casa de una señora que me puso pastillas y no lo largué con las pastillas, Oxaprom (sic). Y como no lo largaba me fui, porque ya estaba de cuatro meses, y me puso seis pastillas. Y no lo largaba, y bueno agarré y otra amiga mía me había dicho que una señora ponía la sonda. Justo esa noche nos íbamos a bailar con mi hermana y unas amigas y yo fui igual, la chica me dijo no vayas, porque vas a tomar alcohol, se te puede caer y va a ser al pedo. Yo me fui igual, me fui y allá en el baile empecé con dolores, muchos dolores que parecía que iba a tener”.

Sofía, 21 años, sectores populares

Estuvo con fuertes hemorragias y fiebre luego del aborto, pensó que “pasaba para el otro lado”, tomó unos analgésicos que le había dado la señora que colocó la sonda y después de unos días se recuperó.

Luciana abortó dos veces y en el primero también tuvo que recurrir a un curetaje luego de probar con misoprostol. Supone que ya había pasado mucho tiempo porque el segundo aborto lo hizo con esa droga sin inconvenientes.

Alfredo, Leonardo, Juan y Luciana (en el segundo aborto) optaron por interrupciones con misoprostol. Algunos conocían ya el método, o tenían referencias de alguien que

lo había utilizado. Leonardo y Juan averiguaron por internet las posibilidades y a partir de los hallazgos de la búsqueda optaron por ese tipo de aborto.

“La piba ésta me cuenta de un método, que son pastillas, y que pin que pan y que no sabíamos dónde carajo conseguirlas y me acuerdo que por Internet saco el mail de una tipa que las vendía. Me metí, puse Oxaprost y aparecían comentarios y en uno aparecía el mail de ésta tipa”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

“Buscamos en Internet, en algún que otro libro, pero lo más avanzado que encontramos fue en Internet. Y ahí encontramos de una pastilla que la usa la gente grande para el reuma, es para el reuma... Oxaprost o algo de eso”.

Juan, 18 años, sectores populares

“Yo sola lo hice, ya sabía cómo era. Esas pastillas son re conocidas, ya se sabe. Se sabe que es efectiva, pero tiene muchas complicaciones. Yo las compré en la farmacia”.

Luciana, 24 años, sectores populares

Leonardo relata la experiencia con profundidad, contando hasta los mínimos detalles de lo sucedido esos días que duró el procedimiento. El encuentro con la persona que le vendió las pastillas, los siguientes contactos, lo sucedido día a día fueron vividos con una mezcla de emociones:

“Me acuerdo que a mí me daba mucha impresión, porque era como todo muy clandestino. Yo no sé, no tomé nunca merca, pero me acuerdo que era como... me meta a la villa a comprar merca, era como una locura. Sentía vértigo, miedo... una ansiedad del carajo”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

La mujer contactada por internet que le vendió las pastillas le transmitió confianza, “parecía que sabía, parecía una médica”; y además le dio el teléfono y siguieron contactándola porque requirieron más dosis para reiterar el procedimiento. Luego les indicó un lugar para hacerse una ecografía y poder corroborar que se había concluido el aborto, pero aún no había despedido el saco gestacional, situación que los preocupó mucho:

“Tenía el saco gestacional. Me acuerdo que le queda eso y la mina no quería hacer un carajo [...] A los días se moría del dolor, se moría, y yo llorando la llamo a esta mina y le digo “loco le duele, que me hiciste meterle adentro”. Y me dice quedate tranquilo, es normal... Yo ahí digo se nos fue de las manos para la mierda, no te imaginás lo que era...”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

Los detalles de su extenso relato dan cuenta de su angustia, de lo dramática que fue la situación para ambos y de la preocupación de él por su pareja (aunque antes de este episodio se habían peleado) porque no le prestaba, según él, la atención que el

tema requería, no se cuidaba, no tomaba los medicamentos que le habían indicado, no quería ir al ginecólogo. Él ya se había cansado de insistirle, de buscar “lo mejor” y que ella no quiera resolver y hasta llegó a cuestionarle que incluso podría haber quedado embarazada de otro.

La experiencia de Juan y su pareja fue menos compleja. Buscaron en internet opciones, conversaron con algunos amigos y el misoprostol les pareció el procedimiento más seguro y más sencillo. Sabían que en las farmacias piden recetas y lograron encontrar, por un conocido que había utilizado antes, una farmacia que las vendía libremente.

“También me contaron que hay un montón de yuyos, o el perejil también que se lo ponen ahí o toman menjunjes con mezclas de alcohol... pero eso sabés como termina el estómago después, te morís como un perro. Y tampoco da poner en riesgo a una persona y esto parecía sencillo y se dio así”.

Juan, 18 años, sectores populares

Ramón, Miguel, Ernesto y Guillermo, con sus respectivas parejas, resolvieron la interrupción en consultorios médicos, a través de la práctica de curetaje. Todos llegaron a esa opción por conocidos que les recomendaron los profesionales. El saber que alguien había abortado en esos consultorios sin problemas, el lugar y la confianza que le transmitieron los profesionales contribuyó en la decisión.

“Fue delicado, porque empecé a ver transformaciones en su cuerpo, las mamas le empezaban a crecer y sabía que tenía un hijo adentro, un hijo nuestro, y conseguir el lugar... fuimos a una clínica en Lanús, que sabía que era una persona idónea, que era mayor y lo conseguimos por una compañera de trabajo de ella que se había hecho un aborto hacía más de diez años ahí”.

Ramón, 27 años, sectores populares

“No me olvido... fue un consultorio privado por Ituzaingó. Nos atendió un médico, habló con nosotros, nos explicó que iba a pasar y cuánto tiempo iba a tener que estar ahí y bueno... Llegamos a él por intermedio de una amiga de ella”.

Miguel, 25 años, sectores populares

“Con el ginecólogo acá en capital, que tiene el consultorio oficial y el consultorio que hace los abortos [...] Esta persona tenía todos unos métodos tipo anti cámara oculta. Te hacía dejar las cosas en otro lugar, para que no puedas entrar cámaras, micrófonos, nada”.

Ernesto, 27 años, sectores medios

“La dirección y el nombre del médico no me los acuerdo... quedaba cerca de la Facultad de Medicina. Era un consultorio privado. Era un profesional, con anestesista, todo. Fue por una conocida que ya había tenido un aborto, y en cuánto te metés en el tema te enterás que un 90% de las mujeres pasaron por esto”.

Guillermo, 24 años, sectores populares

Ramón y su pareja averiguaron por otros métodos, pero prefirieron hacerlo con un profesional, que al considerar su relato, le parecía además no clandestino:

“Sabíamos de otra técnica, la de las pastillas, que se pone la pastillas la mina en la vagina, pero produce efectos en algunas personas y en otras no porque lo que produce es dilatar la parte del canal de la vagina, para ponerle un nombre, no se llama así, y por eso decidimos hacer el raspaje. Y siempre pensamos hacerlo con un profesional, no íbamos a ir a un lugar clandestino, no íbamos a ir a cualquier lugar”.

Ramón, 27 años, sectores populares

Los motivos por los que decidieron interrumpir el embarazo fueron variados. Ramón y su pareja porque ella se había puesto una vacuna que podía ocasionar problemas en el feto. En este sentido, cabe señalar la posibilidad de abortar por amor al hijo manifestada por Beck y Beck-Gernsheim (2001:168): “¿Pueden atreverse, hoy día, unos padres responsables a permitir que su hijo nazca con un posible impedimento? ¿Pueden asignarle un camino de vida que empiece de entrada con oportunidades desfavorables? La respuesta podría ser: abortar. Abortar por responsabilidad, incluso por amor al hijo”.

El motivo de Sofía fue porque su novio la había forzado a tener esa relación sexual, ella se separó luego y no quería tener un hijo con una persona así. Juan ya tenía una hija y la situación económica no le parecía adecuada para tener otro. Catalina porque era una relación oculta de su familia y él era casado, además no tenían “nada en común” y no se veía madre. El primer aborto de Luciana fue decidido por sus padres, ella no estaba segura, pero su pareja tampoco la apoyaba, “no hizo nada”. El segundo aborto lo decidió ella porque quería separarse de la pareja:

“Yo ahí lo decidí yo, porque él me golpeaba y andaban muy mal las cosas, entonces yo no quería seguir con él. Ese fue el motivo, primero me cagaba a palo y después quería que lo hagamos, porque es así... es un trastornado”.

Luciana, 24 años, sectores populares

En los demás casos el motivo principal fue que eran jóvenes y consideraron no poder darle “un futuro” a un hijo.

“Que era muy chico... no estaba preparado para ser padre en ese momento, ahora tampoco... qué futuro le iba a dar si no trabajaba, no iba a poder cuidar a ese chico, no le iba a poder dar nada, estudios, nada...”.

Alfredo, 23 años, sectores populares

“Ella decía “mi vieja me va a matar, tengo muchos problemas, no puede ser... yo tengo que estudiar y ni loca”... No quería saber nada porque ella no quería y segundo por la facultad, el trabajo, la familia y porque no quería tener un pibe”.

Leonardo, 24 años, sectores populares

“Era que prefería cargar la mochila yo que endosársela a un tercero que no tiene nada que ver. Digamos... traer a una persona a una pareja inmadura, no consolidada... que prefería llevarme la mochila encima de tomar una decisión así, que indefectiblemente marca un antes y un después en un montón de cosas, a que... a lo que potencialmente iba a tener que sufrir o tener que... atravesar un tercero que viniese al mundo producto de ese embarazo. Ese fue uno de mis principales motivos”.

Ernesto, 27 años, sectores medios

La forma de tomar la decisión de interrumpir también demuestra la diversidad de situaciones que se suscitan frente a un embarazo. La situación predominante fue la que en ambos miembros de la pareja decidieron la interrupción. En algunos casos señalaron que ellos estaban de acuerdo pero que las madres de sus parejas habían acelerado o presionado esa postura. Luciana (en una ocasión), Sofía y Catalina lo decidieron solas. Catalina le contó a su pareja luego del intento fallido con misoprostol y él también acordó. Ernesto sintetiza las dificultades que implica “tomar una decisión” entre dos personas, sobre algo que si bien los involucra a ambos miembros de la pareja, sucede en el cuerpo de uno:

“No hay decisión de dos en esto. Es muy difícil. Si hay desacuerdo, supongamos el hipotético caso de que uno de los dos no está de acuerdo, no hay situación que destrabe eso. No hay consenso posible. Uno termina cediendo o el otro... No me parece que sea un acto en el cual la decisión la tomó uno, o el otro cuando el proceso se toma en pareja. Cuando el tipo se borra sí, la mina se hace cargo. Pero cuando están los dos, que se yo quien tomó la decisión. Segundo, en nuestro caso nunca lo tomamos como una decisión, sino como un descarte. La opción de tenerlo era una locura. Y la tercera es que la persona que entra, se pone la anestesia, se pone el camisolín y que se yo, es la mujer. Y vos no podés llevar a nadie...”.

Ernesto, 27 años, sectores medios

La respuesta de Ramón aclara otra faceta de esa toma de decisión, considerando que el hombre puede tener más flexibilidad frente al momento de la paternidad pero a la mujer “le corre” el reloj biológico, lo cual puede complejizar la decisión de interrumpir un embarazo, o al menos resultar incómodo para el varón plantearla:

“Lo planteó ella, de entrada. A mí no me daba, en realidad por la edad de ella, ella tenía 31 y a mí me parece que una mujer a esa edad.... Digamos es medio complicado que una mujer a los 30 años, por la edad biológica decida abortar, y a mí me parecía injusto que tuviese que abortar”.

Ramón, 27 años, sectores populares

Las mujeres entrevistadas, que tal como se mencionó al principio, culminaron el aborto luego de pasar por más de un procedimiento fueron acompañadas por amigas en algunas de esas instancias y en otras fueron solas. Los varones señalaron haber estado presentes —tanto en los abortos quirúrgicos como en los farmacológicos—, y en algunos casos también fue una amiga o la madre/hermana de ellas. Sólo Alfredo estuvo ausente porque la madre de ella le prohibió verla al enterarse del embarazo.

Los entrevistados que tenían trabajo lo pagaron con sus ingresos, todos recordaron que “era caro” y que les “costó juntar la plata”. En los demás casos las interrupciones fueron costeadas por los padres de ellos o de sus parejas y en el caso de Catalina, como la madre no sabía, fue la hermana quien le dio el dinero.

Las interrupciones de los entrevistados de este perfil fueron “contadas”, lo supieron amigos de ambos, algunos compañeros de trabajo y familiares. No siempre toda la familia ni ambas familias, sino aquellos que consideraban “no lo iban a tomar mal”. Excepcionalmente, las madres de ellas presionaron en la toma de decisión, los demás entrevistados señalaron que las personas que se enteraron no influyeron y que fueron además los que colaboraron en la búsqueda de los contactos.

Ninguno de los abortos quirúrgicos tuvo complicaciones. Sólo Luciana fue al hospital y le dijo a los médicos que estaba embarazada, había hecho un esfuerzo y tenía dolores. Luego de comprobar que habían quedado restos hicieron un raspaje, pero no tuvo problemas legales ni sufrió amenazas.

Con mayor o menor énfasis todos señalaron haber estado al tanto de los “problemas” que podían tener, y preocupados por esa situación, sintiéndose los varones “responsables” por las mujeres que estaban pasando con su propio cuerpo por esa experiencia. Las amigas de Sofía la alertaron de los posibles “problemas con las autoridades” si se complica el aborto con la sonda pero en ese momento ella no “escuchaba nada”, sólo quería “sacárselo”.

Las interrupciones técnicas por las que atravesaron estos entrevistados no permitían escapar de los sentimientos de culpa y temor por la clandestinidad, pero sí les daban

“más seguridad” y “más confianza”. Entre los entrevistados que decidieron un aborto quirúrgico el hecho de ver el consultorio, gente atendiéndose, las recomendaciones de conocidos, o que los profesionales les dieran el teléfono, menguaba la preocupación. Entre los que optaron por el aborto farmacológico las referencias de otras personas o que encontraron en internet sobre la efectividad del método y la sencillez (en tanto conseguían las pastillas en la farmacia y las aplicaban en la casa) fueron los factores decisivos para optar por el procedimiento de aborto.

Perfil 7: Modernos-tradicionales

(Trayectorias con varios MACs modernos – Aborto sin uso de técnica)

Las experiencias de embarazo de Sandra fueron en situaciones muy diferentes, las cuales implicaron situaciones de aborto diversas, tanto en motivos y forma de tomar la decisión como en los procedimientos. En la primera, a los 15 años, ella no pudo pensar ni decidir, aunque quería tener un hijo porque estaba “muy enamorada” de su novio. La interrupción y la forma de hacerla fueron decididas y ejecutadas por su pareja y la madre de su pareja. Y fue en pésimas condiciones de salubridad:

“Ella lo pagó todo, ella se hizo cargo. Mi suegra me compró antibióticos, encima lo tiré en mi casa al feto, en el baño, ellos lo que hicieron fue romperme la bolsa con el peregil. Yo no lo sabía, me di cuenta después de los años. Ellos rompieron la bolsa con el peregil y me mandaron a mi casa así, después se cayó solo”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Considera que “tuvo suerte” y no se infectó, tampoco se enteraron en su casa. Su familia lo supo luego de unos meses, cuando ella estaba con su segunda pareja, y la agredieron físicamente provocando su segunda experiencia de aborto. A los 16 años le hicieron un curetaje en una clínica y estuvo más de ocho días internada.⁸⁵ Su abuela se encargó de llevarla porque tenía muchos dolores después de la golpiza que le dieron los tíos.

“Mi abuela quiso tapar todo, me llevó a la clínica. Y estaba embarazada de mellizos y de dos meses. Me llevó para ver porque me dolía tanto el vientre, entonces me hicieron una ecografía porque yo tenía obra social por mi abuela, me dijeron si me había golpeado o caído, me dijeron que estaba embarazada de dos meses y que tenía dos fetos”.

Sandra, 40 años, sectores populares

⁸⁵. Si bien el segundo aborto fue con un método técnico, la entrevistada se ubica en este perfil porque los otros dos abortos, que fueron voluntarios, se realizaron con métodos no técnicos.

El tercer aborto fue casi diez años después, cuando tenía 25 años y ya había tenido a sus hijas. Como suponía que el embarazo era producto de relaciones sexuales con su amante decidió abortar y fue a Paraguay a realizarlo porque tenía conocidas y porque era más barato. Su amante estuvo de acuerdo y le dio el dinero para hacerlo, fue ella sola.

“Una obstetra me lo hizo que es curandera al mismo tiempo. Primero me ató el feto con un hilito para que se ahogue, se hinche y se muera el feto adentro, me puso una inyección para abrir el útero y me lo raspo al otro día y me dijo ya está, estás menstruando, toma antibióticos y anda a tu casa”.

Sandra, 40 años, sectores populares

Al finalizar la entrevista dijo unas palabras que resumen su trayectoria: “con todo esto que mi vida fue tan difícil. Esta es mi historia cruel que me pasó”.

Si bien en la trayectoria anticonceptiva se evidencia la utilización de métodos técnicos, al momento de atravesar por una interrupción voluntaria del embarazo, en este perfil se recurre a procedimientos no técnicos, decisión basada en el conocimiento y en el menor costo.

Perfil 8: Modernos-modernos

(Trayectorias con varios MACs modernos– Aborto con uso de técnica)

Los embarazos interrumpidos por los entrevistados de este perfil fueron, predominantemente, de jóvenes. Aquellas interrupciones en las que los entrevistados tenían más de treinta años corresponden al fin de la etapa reproductiva de la pareja o de uno de sus miembros, es decir, luego de haber tenido hijos, juntos o con otras parejas.

Todas fueron interrupciones técnicas: curetaje predominantemente, aspiración, y en menos oportunidades y sólo utilizado por los jóvenes, misoprostol. La elección por este tipo de procedimientos técnicos se basaba en buscar “las mejores condiciones” para abortar. Esas mejores condiciones en cuanto a sepsis y seguridad en el procedimiento brindada por el profesional que la realizaba, requería de otras “condiciones” que —generalmente— sólo los entrevistados de sectores medios podían cumplir: contactos, profesionales de confianza, apoyo de familiares y amigos, y, fundamentalmente, disponibilidad de dinero. La red de contactos, sean familiares,

amigos o compañeros de trabajo, permitieron a estos entrevistados conseguir un lugar para realizar la intervención, realizar análisis o estudios de control en instituciones de salud sin que quede registro, acelerar el tiempo para entrega de turno, entre otras facilidades.

“Y viste que empezás a preguntar y siempre hay alguien que se hizo un aborto, no me acuerdo bien quien me recomendó... fui a ver a este médico, me hizo aspiración... que empezaba en esa época”.

Marcia, 46 años, sectores medios

“Mi amiga le había avisado a esta mujer, me hizo una revisión, yo igual tenía un electro... todo preparado, como trabajaba con ginecólogas, con médico, tenía al alcance de mi mano”.

Mirtha, 41 años, sectores medios

Los profesionales de la salud fueron un factor clave en las situaciones de aborto de los entrevistados de este perfil. En el marco de trayectorias anticonceptivas en las que predominó el uso de métodos modernos, la consulta ginecológica era habitual. Así, muchos de los entrevistados pudieron confiar en estos profesionales que si bien, como sintetiza Fernanda, “tu ginecólogo nunca hace el aborto”, pudieron derivarlos a otros profesionales de confianza.

“Ella fue a la ginecóloga y le dio el número de este tipo y primero fue, le dio una charla y un turno y a la segunda vez fue el aborto. Las dos veces fui yo pero subió sola, me dijo dejame que yo subo y la respeté [...] La ginecóloga le dijo que era un buen médico, que nunca tuvo un problema, trabajaba bien, y eso la dejó un poco más tranquila”.

Darío, 20 años, sectores medios

“Era un consultorio privado que nos derivó un amigo de mi vieja que es médico y nos mandó ahí que el chabón era el mejor, tiene hasta una clínica en EE. UU., es un tipo que hizo mucha guita con eso, y atiende mucha gente importante y nos mandó ahí porque era lo más seguro, lo mejor, y bueno, en ese momento no te importa cuánto tenés que gastar. Lo único que te importa es que salga todo bien”.

Roberto, 21 años, sectores medios

“La ginecóloga le hizo como una ecografía y nos dijo “no les muestro nada hasta que no decidan que van a hacer”. Si llegan a decidir que lo van a tener me avisan y hay que hacer esto y lo otro, y si deciden que no lo van a tener, me avisan si quieren y yo los conecto con una persona y bla bla”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Las interrupciones realizadas por médicos (curetaje o aspiración) eran “muy caras”, costaban “cien veces más que con pastillas” pero en ese momento “la plata no importa”, claro que en los casos donde es posible obtenerla fácilmente.

La narración de Daniela, sobre sus dos primeros abortos, refleja en pocas palabras el resultado de la ausencia de contactos o profesionales de confianza: la incertidumbre y las malas condiciones de realización de la práctica.

“Me quería morir, no sabíamos a donde recurrir ninguno de los dos y él, averiguando, encontró una mujer que vivía en la Boca y ahí me hice mi primer aborto arriba de una mesa, en una cocina, sin anestesia, sin nada, fue un horror. Y a los seis meses vuelvo a quedar embarazada y vuelvo al mismo lugar, seguía sin conocer ningún otro”.

Daniela, 48 años, sectores populares

El uso de misoprostol también difiere, tanto en efectividad como en riesgos de eventuales complicaciones, de acuerdo a los recursos disponibles que facilitan la compra de las pastillas, el conocimiento sobre la dosis y uso correcto y la posibilidad de recurrir a profesionales frente a hemorragias, dudas sobre el resultado del procedimiento o controles posteriores. Lola, por ejemplo, fue a un hospital y un conocido certificó que el feto estaba sin latidos y recetó la droga; aunque el misoprostol se utilice en caso de óbito fetal, ella consideraba que era una tarea riesgosa para el profesional, presumiendo su ilegalidad.

“Entré por hospital, fue todo muy armado legalmente, de hecho así se hace porque si no..., yo me preocupaba por el otro, no por mí. Esa persona sí sabía cómo se hacía, yo no sabía, aprendí... pero es un riesgo para el médico o médica [...] Tenía otras opciones pero me costaban unos cuantos pesos más, pero esos pesos estaban. Conocía de una chica que se había hecho y sabía que había estado bien hecho”.

Lola, 27 años, sectores medios

“Hablamos con una ginecóloga amiga, sobre todo por si después había hemorragia o si había alguna cuestión de urgencia después no estar sola; pero lo hicimos solos, preguntamos a varios amigos, fuimos hablando, fuimos armando el esquema de cómo se hacía, reconstruyendo el circuito, entramos en todas las páginas para ver cómo se hacía”.

Valeria, 26 años, sectores medios

Vanessa y Natalia también usaron misoprostol, con el asesoramiento de mujeres conocidas del barrio que habían probado ese procedimiento anteriormente y les sugirieron otras ingestas, de medicamentos y de hierbas naturales, para “reforzar” el efecto de esa droga:

“Lo que hice también, por lo que me decían las chicas del barrio que estaban acostumbradas a hacerlo, que tenía que tomar mucha novalgina porque ayudaba a que se desprenda el feto y me tomé una tableta ese día. También tomé jugo de perejil hervido, que me decían que ayudaba a que baje. Me acuerdo que hice de todo ese día”.

Vanessa, 27 años, sectores populares

“Yo había empezado dos días tomando mate amargo, agua y sopa, me decían que podía tomar ruda macho, y si no me decían la yerba tostada, dejarla en el techo 24 horas y tomarla con la pastilla de Oxaprost si no te la querés poner, todos los comentarios viste [...]”

Hasta que me la puse y sentí que se abrió el útero y entró. Y por allá después empecé a limpiar la casa, a correr la cama, todo para hacer fuerza”.

Natalia, 22 años, sectores populares

Natalia tuvo que ir al hospital por las fuertes hemorragias y tuvo problemas legales, que si bien no recuerda específicamente los procedimientos judiciales técnicos seguidos, sí relata una especie de “arresto domiciliario”, condición por la cual tenía que ir a firmar que había abortado y hacer tratamiento psiquiátrico:

“Por allá vino la asistente social, vino una de tribunales, los doctores... [...] Y me decía “dale nena, ya pasaste por todo esto, tengo todo anotado, te pusiste el Oxaprost, hiciste esto [...] Mirá si no te traían, dos horas más y vos no la contabas, a vos te parece, voy a llamar a tu papá, hay que firmar esto, hay que firmar aquello” me decía. Esa vez te juro que fue una cosa... y yo después lloraba, lloraba porque casi me moría, me desperté en un hospital, con suero, que no me podía ni mover [...] Y después de ahí me mandaron al psicólogo, a tribunales cada dos o tres días me mandaban a llamar [...] Era como un arresto domiciliario, vendría a ser, porque yo estaba libre pero tenía que ir y firmar. Y firmar no era firmar solamente, era firmar y declarar “si yo aborté””.

Natalia, 22 años, sectores populares

Ningún otro entrevistado hizo referencia a inconvenientes relacionados con la ilegalidad de la práctica; condición que todos conocían pero era “más importante” resolver la situación de un embarazo que no se quería continuar. Sin embargo, la clandestinidad se manifestaba en diversos aspectos:

“Obviamente entrás ahí y escribís vos... Por ejemplo, la madre de mi novia subió porque la madre o el padre tienen que ir y todos los remedios que tenía que comprar los escribía a mano la madre, ellos no escriben nada”.

Darío, 20 años, sectores medios

“Yo me acuerdo que me hice las dos intervenciones con un médico, que era de una cátedra de la Facultad de Medicina, pero ahí era el abortero, y no me preguntes cómo pero eso se sentía guasamente”.

Adriana, 49 años, sectores medios

“Mirá sí me decís esto de las mujeres y el aborto... sentí que era una porquería que vos estés a merced de este negocio. Ésta situación real de desprotección y de doble discurso. La hipocresía totalmente se siente”.

Fernanda, 42 años, sectores medios

“No tenía miedo por lo legal sino principalmente por mi salud, tenía miedo a morirme, tenía miedo a que algo pasara y no pudiese tener hijos el día que quisiera tenerlos, eso era lo principal”.

Daniela, 48 años, sectores populares

Para otros entrevistados la clandestinidad no fue una preocupación, aunque señalaron haber tenido “ciertos cuidados de no contarlo”. Muchos enfatizaron en uno

de los argumentos centrales a favor de la despenalización de la práctica: “el que tiene plata se salva”.

“Cero problema legal, porque lo asumía como... para mí era tan ilegal como la gente que fuma marihuana... una especie como... cosa de facto para la clase media... como que... bueno está bien, esto es ilegal pero... como que no iba a tener una condena del entorno social mío... y legalmente no me importaba... no pensaba que iba a ir preso por eso”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Entre los entrevistados de este perfil predominó la toma de decisión en pareja. No obstante, se dieron matices y también, toma de decisión individual de las mujeres. Los varones jóvenes señalaron que los dos tomaron la decisión pero que en el momento consideraban que la última palabra la tenía ella, que ponía el cuerpo:

“Fue algo que elegimos los dos, obviamente la última palabra la tiene ella, porque es la que pone en riesgo su físico. Y ella decidió no tenerlo tampoco”.

Darío, 20 años, sectores medios

“Entonces dije bueno, está bien... [...] acá hay algo por lo que yo no voy a poder pasar aunque quiera y sobre eso tenés que decidir vos. Y más en el colegio... no era un buen colegio para pasar por este tipo de situación, y no era el mejor ambiente. Que decida sobre el cuerpo de ella, sobre eso hay algo intransferible de la experiencia que yo no podía asumir, y eso me quitaba potestad de decisión”.

Jony, 27 años, sectores medios

Hernán considera que él fue el que más influyó en las dos interrupciones que tuvo con una de sus primeras parejas, dado que ella estaba muy enamorada y quería tener un hijo, pero él no. En la primera gestación la convenció de abortar, en la segunda se fue unos meses a trabajar a otra ciudad por la temporada, como hacía habitualmente, y no la llamó para que se dé cuenta que no se iba a hacer cargo.

“Entonces la traté de convencer para que se lo haga y se lo hizo, pero fue feo para mí y para ella diez veces más. Yo lo quería hacer, yo estaba convencido, pero una mujer no va a estar tan convencida como el hombre en esa situación. Ella lo hizo porque sabía que si no lo hacía yo no era ninguna seguridad para ella, por eso”.

Hernán, 25 años, sectores populares

Las mujeres jóvenes lo decidieron con su pareja, tomando “la decisión más adulta del momento”; o solas, debido a que no le contaron a sus parejas o a la indiferencia de ellos frente a la noticia:

“La decisión fue mía, yo a él no lo dejé participar. Pensaba para qué le voy a decir sí él lo que me va a decir es abortá, y yo ya sé que eso es lo que tengo que hacer, [...] pero en el fondo me daba mucha tristeza hacerlo y no tenía ganas de aguantar a él -que yo lo amaba con toda el alma- que me diga abortá. Después de cuatro meses le conté [...] me decía

“cómo no me contaste”, se enojó y yo le dije “me tenés que agradecer que no te conté porque no te cagué las vacaciones”.

Soledad, 27 años, sectores medios

“La decisión fue mía y entre mi familia, él no es que se opuso pero tampoco tenía mucho lugar para opinar en el momento”.

Valeria, 26 años, sectores medios

“Él estuvo, él sabía, yo le dije [...] Yo le dije que estaba con un atraso, y que no lo quería tener y él me dijo “fijate que haces”. Esa fue su respuesta”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

El caso de Vanesa refleja además una situación afectiva poco favorable para la toma de decisiones: dependencia económica del marido, que tenía episodios de adicción al alcohol que lo tornaban violento, llegando incluso a ir en esas condiciones a agredirla al hospital el día que se enteró que había abortado.

Algunos de los varones adultos hicieron también referencia a la prioridad de la mujer en la decisión final dado que “el cuerpo es de las mujeres” y otros recuerdan que si bien los dos acordaron con la decisión luego hubo arrepentimientos:

“Digamos que no siento que tenía la posibilidad de elegir, sino más bien de opinar”.

Daniel, 40 años, sectores medios

“Yo no sentía que tuviera muchos derechos a definir, tenía una postura como si querés un poco sexista, como un planteo desde la mujer y me parece que me puse medio afuera en ese sentido, como afuera en el sentido de la decisión. Creo que era más un anfitrión de la cosa, que no tenía demasiado que ver sino que era como una cuestión más de un lugar de acompañamiento, de que no era mi cuerpo, muy relacionado a la cuestión física, corporal, de lo que significa embarazarse, parir y no a nivel de lo que puede significar o no significar querer tener un hijo o no, ser padre y todas esas cosas que creo que las dejé a un lado en ese momento”.

Daniel, 40 años, sectores medios

“Fue traumática, creo que cambió el destino de la pareja. Eso terminó la pareja, después de dos años. Ella no quería pero después cambió “no, lo hice por vos, no por mí”, modificó su postura inicial. Estuvimos los dos de acuerdo desde el principio, no hubo diferencias, fue en bloque”.

Marcelo, 43 años, sectores populares

“Consentí algo que siempre fui en contra, o sea, ésta vez quería, ésta vez estaba todo bien, no había porqué quitarlo y de hecho, por hacer caso, por amor, accedí a hacer algo que no hubiera hecho. Son momentos de decisión de la vida y es así, lo decidiste y a partir de ahí el panorama es este, no podés volver atrás”.

Eduardo, 48 años, sectores medios

Julio, aunque no era una pareja estable sino un embarazo producto de una relación circunstancial, también sugirió que la decisión final era de ella y en caso de querer continuar con el embarazo él se haría cargo de su rol paterno:

“Si lo querés tener tengámoslo, va a tener apellido, va a tener padre... no sé. No va a tener “padres”, pero si papá y mamá, me hago cargo... todo bien”.

Julio, 44 años, sectores medios

Las mujeres adultas respondieron que la decisión fue compartida. Marcia recordó que “el tema estaba hablado, no hubo que tomar decisión porque estaba pautado” porque a todas las parejas ella le preguntaba que opinaban sobre el aborto para evitar situaciones conflictivas frente a una posible falla del método anticonceptivo. En ese sentido, Luciano, desde su experiencia personal invalida la opción de la “decisión pautada previamente”:

“Vos podés hablar con una persona en cuarenta cosas, ponerte de acuerdo, pero cuando llega el momento no es lo mismo lo que uno pensaba abstractamente a estar en la situación. Con lo cual en la situación hubo ambivalencia, hubo marchas y contramarchas, hubo deseos encontrados, hubo mucha angustia, mucho dolor, de parte de los dos digo...”.

Luciano, 40 años, sectores medios

Mirtha e Isabel lo decidieron solas, pero por diferentes motivos. La primera consideraba que era una decisión que sólo ella debía tomar, la segunda porque su pareja “se lavó las manos”.

“Era una decisión mía absolutamente, no ameritaba ningún tipo de opinión, para que abrir un debate, no era un asamblea, si era mi cuerpo, mi vida. Porque si vos abris el juego después te tenés que bancar lo que te dicen del otro lado, y era muy violenta la situación. Postergué siempre tener un hijo, porque me gusta mi trabajo, estudiar, y es mucha responsabilidad tener un hijo”.

Mirtha, 41 años, sectores medios

“Fue... estaba luchando contra todas mis creencias, mis prejuicios, mis sentimientos... pero estaba desbordada por la situación y era la única salida que me podía dar un mínimo respiro. No sé si se puede decir compartida... yo lo ví como se lavó las manos, no como que me apoyo. Fue más de “la decisión es tuya, hacete cargo”, lo sentí así”.

Isabel, 47 años, sectores populares

En cuanto a los motivos para interrumpir el embarazo, los entrevistados mencionaron motivos que podrían considerarse “individuales”, basados en no querer tener hijos en ese momento, en la edad, en los planes a futuro:

“Ninguno de los dos quería ser padre, éramos muy chicos...”.

Pablo, 27 años, sectores medios

“Que tenía 16 años, estaba en tercero y quería llegar a ser una licenciada en historia y no tenía ningún otro objetivo previo a ser una licenciada en historia”.

Valeria, 26 años, sectores medios

“Básicamente era el no deseo de tener un hijo en ese momento, y la ausencia de un lugar para un niño en esas condiciones. Lugar no solamente en el sentido físico sino que no tenía donde llegar ese niño... No tenía lugar donde inscribirse en una estructura que podía alojarlo como un niño”.

Luciano, 40 años, sectores medios

“La total convicción de que no tenía nada que ver con mi proyecto de vida, mirá que soy ambivalente con muchas cosas, pero no fue este el caso”.

Adriana, 49 años, sectores medios

“Porque de ninguna manera en mi vida, en ese momento tenía cabida un hijo, ni con pareja, ni sin pareja. Lo que más me importaba era lo que estaba haciendo en ese momento era el trabajo, los estudios y viajar, que era lo que hacía, mi independencia”.

Mirtha, 41 años, sectores medios

“No tenía en mi proyecto de vida en ese momento ser madre para nada. En todo sentido, laboral, personal y ni estaba segura si quería seguir con él, ni se me cruzaba por la mente ser madre soltera, menos”.

Daniela, 48 años, sectores populares

Otros motivos podrían considerarse “de pareja”, y se apoyaban en la situación afectiva de la pareja (reciente, inestable, en crisis), en la situación económica, en la situación familiar y en la situación habitacional.

“No queríamos tenerlo, tampoco queríamos que nuestros viejos nos estén aguantando los pañales, la leche y que el día que querés salir se queden en tu casa a cuidarlo ellos, porque ellos ya tuvieron hijos y me parece que por más que lo hagan con todo gusto no es así”.

Darío, 20 años, sectores medios

“No quería tener un bebé. Mi hija estaba medio criada, y no quería empezar de nuevo”.

Carmen, 49 años, sectores medios

“Y me hice una gran pregunta por la cual tomé esa decisión... “que le puedo dar?”...”.

Roberto, 21 años, sectores medios

“Yo no quería, yo no quería, y ella en parte tampoco, porque sabía cómo era yo. Yo estaba con ella, no estaba, yo no me iba a hacer cargo”.

Hernán, 25 años, sectores populares

“Ella tiene dos hijos y aparte ella tiene que seguir estudiando y estaba trabajando y si llegaba a pasar eso le interrumpía todo lo que estaba haciendo. Y entonces dijimos que por el momento no. Ella estuvo diez años casada, el marido no la dejaba estudiar, no la dejaba hacer nada. Entonces si quedaba de vuelta embarazada iba a tener que depender de vuelta de otra persona y eso para ella... como que este es el momento para que ella pueda evolucionar en lo profesional y eso la frenaba”.

Hernán, 25 años, sectores populares

“El bebé era chico y además me llevaba mal con él [...] porque yo ya me sentía sola cuando quedé embarazada de mi nene, de parte de él no me sentí apoyada para nada. Mi bebe tenía siete meses, no podía”.

Vanesa, 27 años, sectores populares

“Era todo un caos... yo tenía una nena de un año, un bebe de pocos meses que todavía no se sabía qué era lo que tenía ni cuánto tiempo iba a vivir... la situación económica era terrible.... Yo vivía en lo de mi suegra [...] nos metimos los cuatro... ¡en una habitación!”.

Isabel, 47 años, sectores populares

Algunos entrevistados mencionaron una combinación de los dos tipos de motivos al señalar que “eran chicos” y la relación no estaba bien, por ejemplo.

Natalia, Jony y Marcia mencionaron motivos más particulares: problemas y celos por la vuelta de la ex pareja de su novio; historias familiares de embarazo no deseado y que el embarazo era producto de una relación extramatrimonial.

“Porque había aparecido la mujer [pareja anterior], y había empezado a hacer problemas, tenía miedo de que él vuelva con su mujer”.

Natalia, 22 años, sectores populares

“Ella tenía muy patente lo de los viejos, y lo que se había establecido a partir de eso, de un embarazo no deseado y que no es la mejor manera planificar la vida de uno a partir de un embarazo no deseado”.

Jony, 27 años, sectores medios

“Porque era una relación extramatrimonial, no era una relación que iba a seguir... si hubiera sido con mi marido por ahí bueno...”.

Marcia, 46 años, sectores medios

Predominantemente los varones, tanto entrevistados como las parejas de las entrevistadas, acompañaron a las mujeres a la realización de la práctica. En algunos casos también concurrió la madre de alguno de los dos —principalmente en los casos que sólo le contaron a una de las familias bajo el supuesto que entenderían y apoyarían— o amigas. Excepcionalmente, los padres de uno o ambos miembros de la pareja concurrieron el día de la intervención. Aquellas entrevistadas que no le contaron a sus parejas del embarazo y de la decisión de interrumpir fueron acompañadas por mujeres del entorno (amigas, hermanas o cuñadas). Sólo una de ellas lo compartió con su nueva pareja, porque sus padres se estaban separando, ella estaba enojada con la situación y pensó que “no se merecían” estar al tanto de su experiencia. Vanesa estuvo sola, acudió a su madre cuando tuvo que ir al hospital por la hemorragia que no cesaba.

En algunos casos los varones refirieron que acompañaron a sus parejas hasta la zona del lugar en el que se realizó la interrupción, pero no pudieron estar en la práctica porque los profesionales les exigían que vayan solas o con una mujer como acompañante. Algunas mujeres les pidieron expresamente a sus parejas que no las acompañen o no estén presentes en el momento de la interrupción. En uno de los abortos de Daniela, él —que quería tener hijos— se enteró y amenazó con

denunciarla, incluso fue al médico con el que habían pautado la intervención y éste luego rechazó hacerla para evitar problemas.

“Así que tuve que hacer todo medio a escondidas, él se enteró a donde fui y fue a amenazar al médico que yo había consultado, que lo iba a denunciar así que el médico me dio salida, me dijo su ruta, que me busque otro, fue bastante complicado, tuve que buscar otro y finalmente lo pude hacer, no fue fácil. Él me seguía a donde yo iba, me había dicho que me iba a denunciar a la policía, fue bastante difícil”.

Daniela, 48 años, sectores populares

Como se señaló anteriormente, la decisión de a quién contarle supuso un ejercicio hipotético de pensar cómo tomarían la noticia del embarazo. Así, y generalmente con la decisión de interrumpirlo tomada, eligieron contarla a la familia que no se opondría, que en algunos casos fue la de ella y en otros la de él. Algunos les contaron a ambas familias. También a amigos, haciendo el mismo proceso de selección, optando por aquellos que “no iban a volvernos locos”, ni con preguntas, ni tratando de influir en la decisión. Los familiares, predominantemente, “tuvieron un rol neutro, más de contención que de decisión”. Y en otros casos, minoritarios, fueron los que sugirieron o promovieron la elección por la interrupción del embarazo.

“A los padres de ella. Ellos también nos contaron que cuando eran jóvenes habían abortado y que después pudieron criar los hijos. Yo creo que ellos promovieron y apoyaron eso. Yo creo que su postura fue muy determinante para que se haga, creo que principalmente ellos eran los que más...”.

Daniel, 40 años, sectores medios

“Al principio pensamos en tenerlo [...]. Ella venía de una familia donde la historia de sus viejos es exactamente la misma, se conocieron y a los seis meses la madre queda embarazada y siguieron en pareja. Como que no veía como posibilidad interrumpir el embarazo. Y yo tampoco quería, en ese momento tenía otra posición con respecto a lo que es el aborto, y no quería. Hablamos con los viejos de ella, y la madre sobre todo dijo “tienen que abortar, tienen que abortar, no tienen que hacer lo mismo que nosotros”.

Jony, 27 años, sectores medios

En el caso de Eduardo y su pareja la decisión de interrumpir fue tomada por el temor a la reacción de los padres de ella: “cometimos un acto solamente por miedo, después se dio cuenta que el miedo era mínimo... que el papá no la salude, la negara”. En otros casos los entrevistados consideraron que si bien los padres no tuvieron posibilidad de influir porque contaron la decisión ya tomada, es probable que hubieran insistido para que no siguieran con el embarazo.

Al contar sobre el embarazo y la posibilidad de abortar los entrevistados fueron comprobando que “todos habían pasado por una experiencia”, alguien conocía a un amigo o un familiar que había abortado y era un hecho más común de lo que suponían. Incluso algunos se enteraron en ese momento que sus padres habían abortado siendo jóvenes:

“Mi viejo me dijo “la verdad que sos un boludo porque siempre hablamos de este tema y que cometes ese error”... y a raíz de lo que me había pasado me contó que le pasó con una novia pero fue porque no quería tener un hijo con esa persona, fue una decisión de él”.

Roberto, 21 años, sectores medios

Para costear la práctica algunos tuvieron que pedir dinero prestado a padres o amigos, otros tenían el dinero porque trabajaban o tenían ahorros. Generalmente el pago fue compartido entre los miembros de la pareja cuando ambos estuvieron de acuerdo, y en los casos que las mujeres no le dijeron a sus parejas del embarazo pagaron ellas o sus familiares (madres, hermanas).

“Yo tenía algo de plata pero no alcanzaba... me acuerdo que le pedí a mis viejos o a los de ella, como que lo junté de a poco porque yo no quería que nadie ponga toda la suma... no quería que nadie se haga cargo de todo, de que los viejos de ella o los míos se hagan cargo de todo”.

Pablo, 27 años, sectores medios

Si bien la situación económica y las relaciones sociales de los entrevistados de sectores medios favorecían la realización de la interrupción sin inconvenientes, en la práctica no estaban ausentes los miedos y temores. El miedo principal de ellos era que les pasara algo a ellas, sus parejas, dado que se sentían responsables de la situación. El principal miedo de ellas era que la intervención afectara su salud y no pudieran tener hijos en el futuro, dando cuenta que la no reproducción se enmarcaba en un contexto particular y no en la resistencia absoluta a la maternidad.

“Muy triste, mucho miedo tenía. El miedo más grande que tenía era que me pasara algo y nunca poder tener hijos, ese era —lejos— el miedo más grande que tenía. Siempre, siempre, a ver si hago esto y nunca más puedo tener hijos. Y hoy por hoy te digo que aún pienso si no me mandé la gran cagada...”.

Soledad, 27 años, sectores medios

Ese miedo, transformado en duda, perduró en el caso de aquellas que como Soledad luego no tuvieron hijos aunque según los estudios médicos que se realizaron, las condiciones físicas lo permitirían.

En estas situaciones de aborto, en tanto en el perfil predominan entrevistados de sectores medios y las interrupciones fueron técnicas, no hubo complicaciones. Si bien luego de la interrupción las mujeres tuvieron que hacer reposo, con fiebre, con hemorragias leves, fueron pocas las que tuvieron que recurrir al hospital a atenderse. Sí les sucedió a las jóvenes de sectores populares, lo cual demuestra que la técnica requiere además de otras condiciones para mejorar la situación de las mujeres que abortan. El conocimiento de las dosis adecuadas de misoprostol y las características del procedimiento con esta droga se tornan de fundamental importancia para que las experiencias de interrupción se desarrollen con mayor tranquilidad de las mujeres y no requieran hospitalizaciones por complicaciones.

Los entrevistados de los perfiles de no reproducción descuidada y tradicional, predominantemente, no ponderaron los distintos tipos de procedimientos para interrumpir un embarazo, lo hicieron con la primera opción que les recomendaron, y que se ajustaba a su capacidad de pago.

Por el contrario, en los perfiles en los que predominó la técnica para realizar la interrupción del embarazo, si ponderaron entre diversas opciones y eligieron las opciones técnicas por la seguridad (fundamentalmente en las elecciones quirúrgicas), la sencillez y comodidad (en las elecciones farmacológicas) que ésta les brindaba. Las opciones también aumentaban al tener mayores contactos y acceso a información.

No obstante, las situaciones de algunos entrevistados del perfil tradicional con interrupciones técnicas permiten dar cuenta que las interrupciones técnicas irrumpieron en sus trayectorias y se consideraron frente a la urgencia por resolver la situación; no se buscaron sino que fueron las primeras opciones recomendadas por los miembros del entorno.

El tipo de aborto se decide en función del costo y del conocimiento, “se sabe” de qué forma se puede hacer, y así como entre los más jóvenes el misoprostol desplazó a la sonda, el conocer las dosis y formas de proceder adecuadas posibilitan la interrupción con efectividad y sin complicaciones.

La seguridad del misoprostol es evaluada por los entrevistados en forma relativa de acuerdo a las otras opciones posibles: aquellos que pueden acceder a algún contacto que conozca a un profesional para curetaje o aspiración y pueden costearlo, consideran esta práctica más segura aún que las pastillas. Para aquellos que sólo conocen y tienen acceso a un aborto con sondas, el misoprostol se presenta más seguro porque saben que estaría dando mejores resultados y causando menos complicaciones (menos hemorragias e infecciones).

La ilegalidad de la práctica era conocida por los entrevistados de todos los perfiles, varones y mujeres y de cualquier sector; no obstante no fue un factor condicionante de la decisión de interrumpir un embarazo. En efecto, condicionó las formas de realizar las interrupciones, los lugares elegidos, la difusión de la decisión en el entorno, pero no limitó la decisión de abortar. En este sentido, si bien la realización del aborto con misoprostol posibilita realizar el procedimiento en la vivienda, sin necesidad de asistir a un consultorio, la clandestinidad se evidencia en la búsqueda de las pastillas en farmacias que no pidan receta y en el temor a tener complicaciones y requerir concurrir a una institución sanitaria.

CONCLUSIONES

“Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”

(Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito)

La pregunta que guió la investigación fue: ¿Cómo se configuran las trayectorias no reproductivas de mujeres y varones heterosexuales residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en la sociedad contemporánea?

Para responder a este interrogante recurrimos a la teoría de la “sociedad del riesgo global”. Siguiendo a Beck (2008) y a Giddens (2003), principalmente al primero, planteamos los cambios y los desafíos que enfrenta la sociedad contemporánea respecto de la sociedad industrial. El proceso de globalización, la crisis de los Estados de Bienestar, los modelos económicos liberales, aperturistas y desregularizados son algunos de los cambios más relevantes que transformaron los ámbitos políticos, económicos y sociales, y también la organización y el funcionamiento de instituciones como los Estados nacionales, el trabajo y la familia, llegando a repercutir hasta en la concepción de la individualidad de las personas. En una sociedad “dependiente de la ciencia y crítica con la ciencia”, las transformaciones en el campo científico y tecnológico no sólo generaron las condiciones para permitir y difundir los procesos señalados —siempre complejos (por la conflictividad y tensión sociales), siempre discontinuos (por la ausencia de linealidad en los procesos sociales)— sino que continúan interviniendo en la regulación de las pautas de vida y de los cuerpos, y en lo que los comportamientos individuales hacen con ellas.

Los conceptos de individualización, destradicionalización, incertidumbre y autoconstrucción de la biografía fueron, a nuestro entender, los más robustos para orientar la mirada hacia el campo de estudio y el análisis empírico de las trayectorias afectivas y sexuales en las cuales la reproducción, por anticoncepción o por interrupción del embarazo, estuvo ausente.

Familia y relaciones afectivas fueron atravesadas por los cambios propios de la sociedad contemporánea: abandono paulatino de la familia nuclear, heterosexual y hegemónica con roles delimitados e inamovibles por una multiplicidad de formatos familiares; pérdida de solidez en las relaciones afectivas y personales por otras cada vez más “líquidas”. Un lugar central en esos cambios sociales es ocupado por la

noción de género, las formulaciones teóricas del feminismo, y las conquistas del movimiento de mujeres como partícipes fundamentales, en cada país, de las legislaciones y políticas públicas destinadas a la autodeterminación sexual y reproductiva.

En la Argentina, tanto en el ámbito de la anticoncepción como en el del aborto hubo avances normativos y programáticos. En anticoncepción se sancionó la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel nacional y leyes afines en gran parte de las provincias. La creación del programa homónimo garantiza consejería y provisión de métodos anticonceptivos. Sobre el aborto, si bien se mantiene como figura en el Código Penal, el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, aclarando las situaciones de no punibilidad y las guías técnicas o protocolos para la atención de esos casos en instituciones de salud, marcaron un paso adelante no sólo en el tratamiento judicial y médico de los casos sino también en el debate de la temática.

Una vez concluidos los recorridos teóricos, conceptuales y contextuales, optamos por un diseño metodológico cualitativo destinado a relevar información sobre las trayectorias de mujeres y varones de dos grupos de edad residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En las mismas, a través de entrevistas, indagamos temáticas que nos permitieran comprender continuidades y cambios en la no reproducción en el marco de los procesos acaecidos en la sociedad contemporánea. El análisis de las trayectorias concluyó en la conformación de ocho perfiles que relacionaron comportamientos anticonceptivos e interrupciones de embarazos marcados por continuidades y cambios en relación a la predominancia o no de la técnica o de los productos derivados del conocimiento científico y técnico.

Continuidades y cambios no fueron polos opuestos ni pasajes ausentes de conflicto. Se inscriben en historias de vida en cuyas trayectorias afectivas y sexuales (y también laborales, educativas, familiares) hay permanencias e incorporaciones en diferentes momentos y a diferentes ritmos que se hicieron visibles, básicamente, en los inicios sexuales, la anticoncepción, las experiencias de embarazo y el aborto.

En los perfiles 1 “Descuidados tradicionales” y 3 “Tradicionales-tradicionales”, compuestos predominantemente por mujeres adultas de sectores populares, se destacan las continuidades. Los inicios sexuales fueron a temprana edad, con frecuencia presionadas por sus parejas y sin cuidado anticonceptivo, comportamiento que se mantuvo (o se modificó adoptando sólo métodos anticonceptivos tradicionales) a lo largo de su trayectoria vital. La desinformación, el desconocimiento, las presiones de sus parejas para mantener relaciones sexuales, para tener hijos, para tener más hijos, las decisiones tomadas por otros (parejas o familiares) marcan sus vidas. El varón proveedor y la mujer cuidadora, en familias numerosas, es el modelo en este perfil.

A diferencia, los cambios se destacan en los perfiles 6 “Semi-modernos” y 8 “Modernos-modernos”, compuestos por varones y mujeres, jóvenes y adultos de ambos sectores socioeducativos aunque predominantemente medios. Sus inicios sexuales dan cuenta de cierta igualdad en la entrada a la vida sexual de varones y mujeres, descrito predominantemente por los jóvenes sin distinción por sectores. También se destaca el uso generalizado del preservativo en esos inicios sexuales de los jóvenes, y tanto la sexualidad como la anticoncepción dejaron de ser tema tabú (tanto en las familias como en las escuelas).

Sus trayectorias anticonceptivas se caracterizan por el uso de métodos. En el perfil 8 por el uso, incluso, de varios métodos anticonceptivos, que fueron cambiando de acuerdo a la situación de pareja y a la experiencia propia con cada MAC. Esta elección se argumenta en la mejora científico-técnica del método, la disminución de los efectos adversos y la optimización de los beneficios secundarios. Algunos de estos últimos pueden interpretarse como medicalización en tanto intervienen sobre procesos antes considerados naturales, ya que por ejemplo, acortan los períodos menstruales o disminuyen el acné en las mujeres. Desde la perspectiva de las entrevistadas de sectores medios estos procesos son considerados beneficiosos, aceptando positivamente el desarrollo científico-técnico en estas esferas.

Cuando los entrevistados de estos perfiles decidieron interrumpir un embarazo no dudaron en hacerlo con procedimientos técnicos: las redes de contactos y el acceso económico permitieron esa resolución. En estos perfiles priman biografías

autoconstruidas, las mujeres (y también los varones) estudian, trabajan y tienen otros proyectos de vida además de la maternidad. Las relaciones de pareja y familiares son dialogadas y consensuadas.

En los otros perfiles los cambios y las continuidades se entremezclan con más fuerza. El uso de la técnica en la situación de aborto irrumpe cambiando trayectorias anticonceptivas más ligadas a lo tradicional (no cuidado anticonceptivo o cuidado con métodos naturales) en el caso de los perfiles 2 “Descuidados modernos” (compuesto predominantemente mujeres jóvenes de sectores populares) y 4 “Tradicionales-modernos” (conformado predominantemente adultos varones de sectores populares). No obstante, estas situaciones permiten dar cuenta que la técnica “apareció” en sus trayectorias y la consideraron frente a la urgencia por resolver la situación; no se buscaron opciones no hay una valoración por lo científico-técnico en esas decisiones, sino que fueron las primeras opciones recomendadas por los miembros del entorno.

Los perfiles 5 “Modernos-limitados” y 7 “Modernos-tradicionales” (compuestos por mujeres jóvenes de sectores populares y adulta de sectores populares respectivamente) muestran cambios en las trayectorias anticonceptivas, las cuales transitan de inicios sexuales sin uso de método anticonceptivo al posterior uso de métodos modernos. La (re) incorporación del preservativo a partir de la epidemia de VIH/sida convive con la asociación entre métodos anticonceptivos y etapas reproductivas (DIU luego de tener un hijo, ligadura de trompas luego de tener muchos) y la elección de métodos anticonceptivos basados en el desarrollo científico-técnico (pastillas anticonceptivas elegidas por las más jóvenes al conocer la mejora en las drogas utilizadas y la disminución de los efectos colaterales). En algunas entrevistadas de sectores populares aún permanece la consideración de los efectos negativos de las pastillas, que engordan por ejemplo o afectan el humor, o la idea transmitida de generación en generación que “nacen niños con DIU en la frente”. No obstante, la urgencia frente a la interrupción del embarazo, sumado al desconocimiento, a las restricciones económicas, y a la falta de apoyo, consolidan el mantenimiento de pautas tradicionales en la práctica del aborto.

En estos perfiles, en los cuales es más clara la coexistencia de cambios y continuidades en las trayectorias no reproductivas, se evidencia que los estereotipos y los roles de género son menos permeables a los cambios: la referencia a la anticoncepción como tema del que se encarga la mujer; la noción de que el varón está dispuesto siempre a tener relaciones sexuales y la asociación entre el VIH/sida y otras ITS y desconocimiento o desconfianza en la pareja, son algunos ejemplos. Los relatos de los varones dan cuenta de la opresión de la masculinidad hegemónica no sólo sobre las mujeres sino también sobre ellos mismos, y la vulnerabilidad frente a la ausencia de cuidado anticonceptivo y a ITS, o el no disfrute en la relación sexual, por la presión que sienten a estar siempre dispuestos a mantener relaciones sexuales, en tanto pauta de comportamiento que confirma su virilidad. En efecto, las continuidades trascienden a la reestructuración contemporánea, en tanto se mantienen pautas de comportamiento sexual o roles de género, que muestran una democratización de la vida cotidiana que llega lentamente a estas esferas.

En relación a las experiencias de embarazo, un cambio relevante que atraviesa todos los perfiles y es fundamentalmente generacional, es la aparición del test, resolviendo rápidamente la confirmación de la sospecha del embarazo y posibilitando el conocimiento de la situación por la mujer, o la pareja, sin intermediarios. Esta posibilidad contribuiría a mantener el secreto de la situación, al menos hasta que se decide si el embarazo se continuará o se interrumpirá, evitando así el maltrato del personal de salud en aquellos casos que se decide abortar y desde las instituciones de salud solicitan conocer la situación de los embarazos que fueran allí corroborados a partir de un análisis de laboratorio. Las más jóvenes, de ambos sectores económicos, tuvieron la posibilidad de confirmar el embarazo con un test. Las mujeres adultas no contaron con ese elemento en el momento de sus primeros embarazos y tuvieron que confirmarlos con análisis de sangre, principalmente las de sectores medios, o a través de la revisión o diagnóstico de las mismas parteras o comadronas que harían el aborto en el caso de las entrevistadas de sectores populares.

Del análisis se desprende la diversidad de cuestiones que atraviesa la no reproducción, además de las decisiones anticonceptivas y las situaciones de aborto.

Edad, género, lugar de residencia, nivel educativo, relaciones de parejas, relaciones familiares, situación económica (tanto al pensar en el futuro del hijo como en el costo de la interrupción de un embarazo), situaciones laborales, redes o contactos (no sólo frente a la situación del aborto sino también frente a otras situaciones como violencia de la pareja o temas cotidianos como el cuidado de los niños), relaciones con el sistema de salud, estereotipos sobre el rol femenino y la responsabilidad sobre la anticoncepción, entre otros. Los varones, sin distinción por nivel socioeducativo ni edad, siguen estando ausentes en los programas de salud sexual y reproductiva, ellos no asisten y desde los programas no se generan estrategias concretas para convocarlos tal como se enuncia en las leyes.

Al describir la situación económica, se aprecian los cambios resultantes de la globalización y las condiciones del trabajo productivo descriptos en los recorridos teóricos, dando cuenta en la actualidad de trabajos menos estables y desregularizados, que fundamentalmente en los sectores populares evidencian la desprotección de los colectivos señalada por Castel (2004). En este sentido, en los sectores populares se desarrollan estrategias individualizadas, autoconstruidas, para lograr la supervivencia económica, que se superponen con estrategias aún ligadas a la protección estatal como los subsidios o las viviendas sociales.

Predominantemente los adultos están casados, el matrimonio se constituía para los entrevistados en un componente preponderante del orden social, en tanto según relatan, las pautas tradicionalmente establecidas se cumplían con más fuerza que en la actualidad. Frente a un embarazo, por ejemplo, los familiares les sugerían o exigían casarse con la pareja antes del nacimiento de los hijos. Incluso los familiares decidían los embarazos que consideraban debían interrumpirse. Los varones imponían la autoridad en la pareja y en la familia: ellos decidían tener hijos, trabajaban para ser proveedores económicos de la familia y eran portadores de la última palabra en la toma de decisiones.

La ilegalidad de la práctica del aborto es conocida por los entrevistados de todos los perfiles, varones y mujeres y sin distinción de nivel; no obstante no fue un factor condicionante de la decisión de interrumpir un embarazo. En los hechos, condicionó

las formas de realizar las interrupciones, los lugares elegidos, la difusión de la decisión en el entorno, pero no modificó o limitó la decisión de abortar.

En este sentido, si bien la realización del aborto con misoprostol posibilita realizar el procedimiento en la vivienda, sin necesidad de asistir a un profesional de la salud, la clandestinidad se evidencia en la búsqueda de las pastillas en las farmacias que no pidan receta y en el temor a tener complicaciones y requerir concurrir a una institución sanitaria. Este desarrollo científico-tecnológico no es percibido como medicalización por diversas cuestiones. En principio, esta droga no se impone desde la medicina o la industria farmacéutica para solucionar un problema antes considerado “natural”, sino que la mujer (o la pareja) la busca al conocer los beneficios que tiene, beneficios para los cuales no es “oficialmente” vendida. Además, no se considera que invada un aspecto o faceta de la vida que no requiera de intervención (de la medicina u otro tipo), en tanto que las formas previas de sobrellevar la situación de interrupción de un embarazo (sondas, perejil, incluso curetaje o aspiración) son también intervenciones, algunas además, riesgosas y perjudiciales para su salud. La seguridad del misoprostol es evaluada por los entrevistados en forma relativa de acuerdo a las otras opciones posibles: aquellos que pueden acceder a algún contacto que conozca a un profesional para curetaje o aspiración y pueden costearlo, consideran esta práctica más segura aún que las pastillas. Para aquellos que tenían limitado el acceso a un aborto con sondas, el misoprostol se presenta más seguro porque saben que está dando mejores resultados y causando menos complicaciones (menos hemorragias e infecciones). La seguridad del misoprostol se presenta así en diferentes aspectos: es más seguro el aborto medicamentoso frente a otras prácticas abortivas y es más seguro para permitir mantener la intimidad dado que no es necesario divulgarlo para conseguir contactos de profesionales que hagan la intervención o alguien que acompañe. Además, la interrupción puede ser realizada por las propias mujeres y pueden elegir quienes las acompañen durante el proceso.

Comprender los cambios y las continuidades consolida los primeros y diluye las segundas en tanto son las que refuerzan estereotipos y desigualdades de género. Visualizar las configuraciones evidencia que los cambios y las continuidades en las

trayectorias (en este caso las no reproductivas, pero podría trasladarse a cualquier tipo) requiere de la relación entre disciplinas y de la mirada atenta a la complejidad y a la diversidad, y también a la contingencia.

La contribución al conocimiento se plasma en la conformación de una tipología que echa luz sobre la multiplicidad de aspectos que intervienen en las trayectorias no reproductivas. Mejores condiciones económicas, mayor educación, acceso a redes y mayor acceso a la divulgación de conocimiento siguen constituyéndose en facilitadores de la autodeterminación en las trayectorias no reproductivas, ya que posibilitan el acceso a métodos anticonceptivos modernos y variados, y a interrupciones seguras del embarazo. A diferencia, el mantenimiento de estereotipos, roles desiguales y relaciones de poder entre los géneros interfiere en el plano subjetivo y en la democratización de las relaciones afectivas y sexuales, y condiciona la autoconstrucción de biografías, especialmente para las mujeres, ancladas en la libertad de decisión sobre el propio cuerpo.

En la multiplicidad de aspectos intervinientes en las trayectorias no reproductivas, los cambios científicos y tecnológicos contemporáneos adquieren un papel central, en tanto se constituyen en más opciones anticonceptivas, más opciones para confirmar un embarazo y más opciones para interrumpirlo. Opciones que, por un lado, presentan más seguridad en lo que respecta a riesgos físicos, y permiten procurar el método anticonceptivo más ajustado a cada individuo; y que, por otro lado, permiten crecientes grados de autodeterminación en la toma de decisiones no reproductivas. Autodeterminación que se expresa en la posibilidad de mantener resguardada la intimidad frente a eventos (no) reproductivos, o poder elegir con quién/es compartirlos.

Autodeterminación que si bien requiere de cambios en la legislación, despenalizando el aborto, y modificaciones en los comportamientos, que logren la efectiva democratización de las relaciones (afectivas, sexuales, familiares) y la igualdad entre mujeres y varones; y que avanza favorecida por la articulación entre los cambios sociales de la sociedad contemporánea, principalmente los desarrollos científicos y técnicos, y lo que los sujetos hacen frente a ellos, en esa compleja tensión entre cambio y continuidad que caracteriza cada momento de una trayectoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2009). "El enfoque de derechos y la institucionalización de las políticas sociales", en Abramovich, V. y Pautassi, L. (comps). *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos*. Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Alegre, M. (2009). *Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva*. Hoja Informativa Número 10, junio 2009. Disponible en: www.despenalización.org.
- Alma, A. y Lorenzo, P. (2009). *Mujeres que se encuentran. Una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (1986-2005)*. Buenos Aires: Feminaria.
- Amatriain, I. (2002). "La eterna "crisis" de la familia. Vida privada, vínculos afectivos y sociabilidad en Buenos Aires". En Murillo, S. (2002). *Sujetos a la incertidumbre: transformaciones sociales y construcción de la subjetividad en la Buenos Aires actual*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación.
- Ameigeiras, A. (2006). "El abordaje etnográfico en la investigación social". En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Amuchástegui H. A. y Rivas Z. M. (2004). "Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión". *Estudios Demográficos y Urbanos*, N° 57, México.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: FCE.
- Armony, A. (2012). "Ciudadanía socio-tecnológica y Democracia". En Thomas, H.; Fressoli, M. y Santos, G. 2012. *Tecnologías, desarrollo y democracia; nueve estudios sobre dinámicas socio-técnicas de exclusión/inclusión social*. Buenos Aires: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación.
- Asociación por los Derechos Civiles (2013). ADC. Aborto no punible. Primer aniversario de "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva". ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?. Disponible en: http://www.adc.org.ar/sw_contenido.php?id=980.
- ASUMEN. Alianza Argentina Salud de la Madre, Recién Nacido y Niño. (2012). "Las sociedades médicas se pronuncian por el acceso al aborto no punible". Página12, Las 12, 02/03/2012.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós – Pomaire.
- Badinter, E. (1993). *XY, la identidad masculina*. Bogotá: Norma.
- Baricco, A. (2008). *Los bárbaros: ensayo sobre la mutación*. Barcelona: Anagrama.
- Barrancos, D. (2012). "Familia/Familias", *Revista Ciencias Sociales*, UBA, N° 81, Agosto de 2012.
- Basombrío, A; Durán, A. y Vila, M. (2009). "Infección por VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Situación actual y tendencias", Actualización en SIDA, Buenos Aires, septiembre 2009, volumen 17, número 65, 106-111. ISSN edición en línea 1852-4001.
- Bauman, Z. (1998). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- Bauman, Z. (2001). *La posmodernidad y sus descontentos*. Madrid: Akal Ediciones.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2004). *Ética posmoderna*. Argentina: Siglo XXI.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1997) *Hijos de la libertad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (1998b). *Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (1999). *La invención de lo político*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (2000). "Retorno a la teoría de la Sociedad del Riesgo", *Entornos*. Pág. 9-20.
- Beck, U. (2004). "La irresponsabilidad organizada". Disponible en: <http://inicia.es/de/cgarciam/articulos.html>
- Beck, U. (2008). *La sociedad del riesgo mundial. En busca de la seguridad perdida*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (2009). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor. Las nuevas formas de la relación amorosa*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2008). *Generación global*. Barcelona: Paidós.

- Beck, U., Giddens, A. y Lash, S. (1997). *Modernización reflexiva: Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza.
- Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinención de la familia: En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona: Paidós.
- Bellucci, M. (1992). "De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino...". En Fernández, A.M. (Comp.) 1992. *Las mujeres en la Imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Bergallo, P. (2007). "El derecho al aborto en los sistemas jurídicos del mundo", Hoja Informativa Número 5, octubre 2007. Disponible en: www.despenalizacion.org.ar.
- Bergallo, P. (2008). "El Código Penal y el aborto", *Clarín*: 20/09/08.
- Bergallo, P. (compiladora). (2010). *Justicia, género y reproducción*. Buenos Aires: Librería.
- Bergallo, P. (2010a). "A propósito de un caso formoseño: las intervenciones y el discurso judicial sobre el aborto". En ELA- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. 2010. *Informe Anual del Observatorio de Sentencias Judiciales. Derecho de las mujeres y discurso jurídico*. Buenos Aires: ELA.
- Bergallo, P. (2012). *El aborto no punible en el derecho Argentino*. Disponible en: <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/El-ANP-en-el-derecho-argentino.pdf>.
- Bergallo, P. y Ramón Michel, A. (2009). "El aborto en el derecho penal argentino". Hoja Informativa Número 9, abril 2009. Disponible en: www.despenalizacion.org.
- Berkins, L. y Meccia, E. (2012). "Ley de Identidad de género: nuevos deberes", *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 81, Agosto, 2012.
- Bertaux, D. (1980). "El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades". *Cuadernos de Ciencias Sociales*, nº 18.
- Bestard, J. (2009a). "Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social". *Revista de Antropología Social*. Universidad Complutense de Madrid, Nº18, págs. 83-95.
- Bestard, J. (2009b). "Lo dado y lo construido en las relaciones de parentesco". En: Pinar, F. J. L. (2009). *La familia en la historia*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Beverley, J. (2004). "¿Nuestra Rigoberta? Autoridad cultural y poder de gestión subalterno". En *Subalternidad y representación. Debates de teoría cultural*. Madrid: Iberoamericana.
- Bianco, M. y Correa, C. (Con la colaboración de Luciana Peker). (2003). *La Adolescencia en la Argentina: sexualidad y pobreza*. Buenos Aires: FEIM/UNFPA.
- Bianco, M.; Checa, S.; Correa, C.; Rosenberg, M. y Zurutuza, C. (2006). "Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. CoNDeRS: una experiencia de monitoreo social". En Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras). *La política pública de salud de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES/UNFPA.
- Bianco, M.; Re, M.I. y Pagani, L. (1998). "Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA", en *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.
- Biernat, C. (2007). *¿Buenos o útiles?: la política inmigratoria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos. Colección La Argentina Plural.
- Bijker, W. (2012). "Vulnerabilidad en culturas tecnológicas" en Thomas, H.; Fressoli, M. y Santos, G. 2012. *Tecnologías, desarrollo y democracia; nueve estudios sobre dinámicas socio-técnicas de exclusión/inclusión social*. Buenos Aires: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación.
- Binstock, G. (2008). "Cambios en la formación de la familia en Argentina: ¿cuestión de tiempo o cuestión de forma?". III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba. Argentina, 24 al 26 de septiembre, disponible en: http://www.alapop.org/Congreso08/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_181.pdf
- Binstock, G. y Pantelides, E. (2006). "La fecundidad adolescente hoy: Diagnóstico sociodemográfico", documento presentado en la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL) 14 y 15 de noviembre.
- Birgin, H. (1996). "Derechos reproductivos en la reforma constitucional", *Política y población en la Argentina: claves para el debate*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Boschi, S. (2012). "Fallo histórico: el aborto es legal en todas las violaciones", *Clarín*, 14/3/2012.
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte: Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.

- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002/1993). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bozon, M. (2003). 'A quel Âge les Femmes et les Hommes commencent-ils leur Vie Sexuelle? Comparaisons Mondiales et Évolutions Récentes', citado en Manzelli, H. y Pantelides, E. (2007). "La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina", en López, E. y Pantelides, A. (Compiladoras). 2007. *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población CENEP/CEDES/AEPA/UNFPA.
- Bresser Pereira, L. (2001). "Reforma de la Nueva Gestión Pública: Ahora en la agenda de América latina", disponible en: www.top.org.ar.
- Briozzo, L., Labandera A., Gorgoroso, M. y Enrique Pons, J. (2007). "Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo". En Briozzo, L. (Ed.) 2007. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Brown, J. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra. Lo público y lo privado puestos en cuestión*. Tesis de maestría, FLACSO, Buenos Aires.
- Brown, J. (2008). *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Brown, J. (2011). "Cuerpo, sexualidad y poder. El saber científico como soporte último de la salud y la justicia. Aportes para el debate", en *Revista Sociedad* 29/30. Buenos Aires: UBA Sociales publicaciones/Prometeo libros. ISSN: 0327-7712.
- Brown, J.; Mario, S. y Pecheny, M. (2009). "La anticoncepción también es cosa de varones: diferenciales de género en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la Argentina". Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- Butler, J. (2009). "Dar cuenta de sí mismo". En *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Butler, J. (2010). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Cáceres, C.; Careaga, G.; Frasca, T. y Pecheny, M. (editores). (2006). *Sexualidad, estigma y derechos humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y Vallenar, S. (2003). *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cáceres, C.; Frasca, T. Pecheny, M y Terti Júnior, V. (editores). (2004) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cairo +15. (2010). *Informe de ONGs de Mujeres sobre la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. Buenos Aires: FEIM, CEDES, Católicas por el Derecho a Decidir.
- Cappuccio, M.; Nirenberg, O.; y Pailles, J. (2006). "El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable". En Petracci, M. y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La Política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: UNFPA / CEDES.
- Carbajal, M. (2009). *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires: Paidós.
- Carbajal, M. (05/09/2012). "Nuevo freno macrista la aborto no punible". Página12, Sociedad.
- Carbajal, M. (05/11/2012). "Lo que se piensa pero no se dice en voz alta". Página12, El País.
- Carbajal, M. (17/10/2012). "El aborto ya está en la agenda pública". Página12, Sociedad.
- Carbajal, M. (23/03/2012). "Las nuevas responsabilidades". Página12, El País.
- Carbajal, M. (25/07/2012). "Manual para resguardar la vida". Página12, Sociedad.
- Carbajal, M. (27/02/2013). "El debate que lanzó la Iglesia alemana". Página12, Sociedad.
- Carrasco, M. (2013). ¿De eso no se habla? ¿Qué dice el Congreso de la Nación Argentina sobre aborto? Análisis de iniciativas legislativas con estado parlamentario a junio de 2013. Trabajo de Maestría en Derecho Internacional de los Derechos Humanos. MIMEO.
- Casas, L. (2008). "Salud". En Motta, C. y Sáez, M. (Editoras) *La mirada de los jueces*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

- Castel, R. (2004). *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?* 2ª reimp. Buenos Aires: Manantial.
- Castel, R. (2013). *Incertidumbre y crisis en la nueva cuestión social*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Castells, M. (1998). *La Era de la Información: Economía, Sociedad y Cultura*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Castoriadis, C. (2004), "Técnica", trad. cast. de M. Martínez, ARTEFACTO. *Pensamientos sobre la técnica*, (5), pp. 50-66.
- Castro, T.; Cortina, C.; García Martín, T. y Pardo, I. (2010). "La fecundidad no matrimonial en América Latina: indicadores y análisis comparativos a partir de datos censales". Documento presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, 16 a 18 de noviembre.
- CELADE/UNFPA, (2005). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Proyecto Regional de Población Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población / Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Serie Población y Desarrollo 58. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CELS. Centro de Estudios Legales y Sociales. (2012). *Derechos humanos en Argentina: informe 2012*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- CELS/Informe. DD.HH.ARG.02-03. CEDES. (2003). *La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos*. Buenos Aires: CELS- SIGLO XXI.
- CEPAL. (2008). "La fecundidad en América Latina: Un descenso acelerado y heterogéneo con profundas transformaciones demográficas y sociales". Observatorio demográfico N° 5: Fecundidad. Chile: CEPAL.
- CEPAL. (2011). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/UNFPA.
- CEPAL/CELADE. (2004). Boletín demográfico "América latina y el Caribe, estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, N° 73. Centro Latinoamericano Demografía y Comisión Económica para América Latina. Santiago: Naciones Unidas.
- CEPAL/CELADE. (2012). *Proyecciones de población a largo plazo*. Observatorio demográfico N° 11. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cerrutti, M. (2003). "Trabajo, organización familiar y relaciones de género en Buenos Aires". En Wainerman, C. (Comp.) *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires: UNICEF- Fondo de Cultura Económica.
- Chaher, S. (2012). "Culmina la gestión de Paula Ferro", publicado en <http://www.comunicarigualdad.com.ar/culmina-la-gestion-de-paula-ferro/>
- Chaher, S. (2014). "Mortalidad de mujeres gestantes: bajan los índices aunque se mantiene la desigualdad y el subregistro", publicado en <http://www.comunicarigualdad.com.ar/mortalidad-de-mujeres-gestantes-bajan-los-indices-aunque-se-mantiene-la-desigualdad-y-el-subregistro/>
- Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea Editorial.
- Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2011a). "Contingencia de la pasión, embarazo forzado y decisiones de las mujeres", en Revista Sociedad 29/30. Buenos Aires: UBA Sociales publicaciones/Prometeo libros. ISSN: 0327-7712.
- Checa, S. (Comp.) (2006). *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Checa, S. y Rosenberg, M. (1996). *Aborto hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Buenos Aires: El cielo por Asalto.
- Checa, S.; Erbaro, C. y Schvartzman, E. (2006). "Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires". En Checa, S., y Abracinskas, L. 2006. *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Chejster, S. (2009). "Política, epistemología y ética en la investigación social: reflexiones a partir de los estudios sobre sexualidades", en *Argumentos*, Revista de crítica social, 11, octubre 2009.
- Chesnais, L. (2001). *La mundialización financiera: génesis y desafíos*. Buenos Aires: Losada.
- Chiarotti, S. (2006). "El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina", en Checa, S. (Comp.) (2006). *Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Chiarotti, S.; García Jurado, M.; Schuster, G. (1997). "El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los derechos humanos". En Foro Por los Derechos Reproductivos, *Peligro para la vida y la salud de la madre. Su significación actual*. Buenos Aires: FPDR.

- Cleland, J.; Conde-Agudelo, A.; Peterson, H.; Ross, J. y Tsui, A. (2012). "Contraception and health". En *The Lancet*, Volumen 380, Issue 9837, Págs. 172 - 180. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380no9837/PIIS0140-6736\(12\)X6029-](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol380no9837/PIIS0140-6736(12)X6029-).
- Código Penal de la República argentina. (1921). Disponible en: <http://www.biblioteca.jus.gov.ar/codigo-penal-argentina.html>.
- Código Procesual Penal. (1991). Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar>.
- Colín Paz, J. A. (2008). "El aborto: ¿un duelo para los varones?". en Ramírez Rodríguez, J.C. y Uribe Vázquez, G. (Coords). (2008). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. México: Universidad de Guadalajara, Academia Mexicana Jalisciense de Ciencias, Academia Mexicana de Estudios de Género de los hombres, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- CoNDeRS. (2005). *Monitoreo Social, Guía para la Acción*. Buenos Aires: Altuna Impresiones.
- CoNDeRS. (2010). Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos. Informe Nacional 2010. Buenos Aires: CoNDeRS. Disponible en: <http://www.conders.org.ar/pdf/conders2010.pdf>.
- Conrad, P. (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En Ingleby, D. (Editor). *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. (1996). Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar>.
- Constitución de la Provincia de Buenos Aires. (1994). Disponible en <http://www.gba.gov.ar/images/documentos/Constitucion%20Buenos%20Aires.PDF>.
- Constitución Nacional. (1994). Disponible en: <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php>.
- Corrêa, S. (1997). "From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Future Challenges". *Reproductive Health Matters*, 10.
- Corrêa, S. y Petchesky, R. (1996). "Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista". *Physis*, 1996, vol.6, no.1/2, p.147-177. ISSN 0103-7331.
- Cortés, R. (2003). "Mercado de trabajo y género. El caso argentino, 1994-2002". En: M. E. Valenzuela (ed) *Mujeres, pobreza y mercado de trabajo. Argentina y Paraguay*. Santiago: OIT.
- Costa, F. (2011). "Apuntes sobre las "formas de vida tecnológicas", *Revista Sociedad* 29/30, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires: UBA Sociales Publicaciones/Prometeo.
- Crozier, M. (1997). "La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública", en *Reforma y Democracia*. Venezuela: CLAD. Número 7, enero, págs 7-18.
- Cuadernos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. (2006). Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires: Salud CABA.
- Cuberli, M. Lois, M y Palopoli, A. (2011). "Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida". En Petracci, M. 2011. *Derechos sexuales y reproductivos. Teoría, Política y Espacio Público*. Buenos Aires: Teseo.
- Cusmille Garib, E. y Valdebenito Verdugo, M. (2009). "Estudio de percepción del condón femenino en poblaciones focalizadas". En Braun, M. y Straw, C. (2009). *Opinión Pública. Una mirada desde América Latina*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- De Angelis, A. (2013). "Community Managers: Tecnologías informacionales y trabajo inmaterial. *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- De Carolis, M. (2011). "Las tecnociencias humanas y las formas de vida del presente", en *Revista Sociedad* 29/30. Buenos Aires: UBA Sociales publicaciones/Prometeo libros.
- De Lauretis, T. (1996). "La tecnología del género". *Mora*, nº 2, noviembre: 6-34.
- Del Río Fortuna, C. (2009). "Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona", *RUNA*, pp. 79-95, ISSN: 0325-1217.
- Del Río Fortuna, C. (2012). "Ligadura tubaria y parentesco: reflexiones sobre la regulación de ciertas técnicas corporales", *Revista Ciencias Sociales*, pp. 66-71, ISSN: 1666-7301.
- Digilio, P. (2013). "La concepción de vida de la biotecnología". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Diniz, D. (2008). "Ética, aborto y democracia", Hoja Informativa N°6, febrero 2008. Disponible en: despenalizacion.org.ar.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico - Año 2009*. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie11Nro7.pdf>
- Donadio, M. (2008). *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

- Drovetta, R. (2013). "Acciones feministas en las *Líneas de Información Aborto Seguro* (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe". En Carosio, A. (coord) (2013). *Feminismos para un cambio civilizatorio*. Caracas: CELARG, CEM, CLACSO.
- Durand, T. y Gutiérrez, M.A. (1991). "Cuerpo de mujer: consideraciones sobre los derechos sociales, sexuales y reproductivos en la Argentina". En *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Buenos Aires: FEIM, Foro por los derechos Reproductivos, FNUAP.
- ENNyS (2005). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. Ministerio de Salud de la Nación.
- Enguix, B. (2012). "Entonces: ¿Qué hacemos con los Datos? Reflexiones sobre la Interpretación de los Datos en Ciencias Sociales", *Relmis Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. N° 4. Año 2. Oct. 2012 - Marzo 2013. Argentina.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons El Magnanim.
- Expósito García, M. (2004). "La maternidad en el siglo XXI: una construcción imaginario-tecnológica", *Thémata*, Revista de Filosofía N° 33.
- F.A.L. s/ medida autosatisfactiva. (2012). Fallo de la Suprema Corte de Justicia, 13 de marzo de 2012. Disponible en: Centro de Información Judicial. <http://www.cij.gov.ar/inicio.html>.
- Falleti, V. (2002). De la salud como un derecho a la salud como una mercancía... ¿Y ahora qué? En Murillo, S. (2002). *Sujetos a la incertidumbre: transformaciones sociales y construcción de la subjetividad en la Buenos Aires actual*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación.
- Faúndes, A. y Barzelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá: Tercer Mundo.
- FEIM/ ONU Mujeres. (2012). *Beijing + 15 Igualdad de género: de las palabras a los hechos. Avances, retos, desafíos y recomendaciones para la efectiva implementación*. Buenos Aires: Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer. ISBN 978-987-8414-07-1.
- Felitti, K. (2007). "El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX", *Revista Dynamis*, Número 27, páginas 333-357.
- Felitti, K. (2012). *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en la Argentina de los sesenta*. Buenos Aires: Edhasa.
- Felitti, K. (2013). "Libertad de elegir ¿qué?", Página12, El megáfono, 10 de mayo de 2013.
- Fenoy, A.; Villegas, R. y Fernández, A. (2012). ¿Pero qué vida defienden?. Página12, El país, 21 de marzo de 2012.
- Ferrer, C. (2010). "Apuntes de una sociología de la técnica. Dinámica del proceso social, entre la tecnología y el desarrollo", *Revista Encrucijadas* N° 49, UBA.
- Ferrer, C. (2012). "Tecnología y afectividad", En *Ciencias Sociales*, pp 66-71, ISSN: 1666-7301.
- Figari, C. y Álvarez Newman, D. (2013). "Toyotización, control laboral y lógicas de formación corporativas". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Figuroa Perea, J. G. (1998). "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones". En S. Lerner, *Varones, Sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.
- Figuroa Perea, J. G. (1998a). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1), 87-96.
- Figuroa Perea, J. y Sánchez Olguín, V. (2000). "La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto", *Papeles de Población Revista del Centro de Investigación y Estudios Avanzados de Población*, Universidad Autónoma del Estado de México, julio-septiembre, Año 6 Número 25.
- Fleury, S. (2001). "Reforma do Estado". *Revista Instituciones y Desarrollo* N° 14-15 (2003).
- Fonseca, C. (2005). "Paternidade brasileira na era do DNA: a certeza que pariu a dúvida", *Cuadernos de Antropología Social* N° 22, pp. 27-51, FFyL- UBA. ISSN: 0327-3776.
- Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA). (2007). *Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna en Argentina*. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Ed. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1977/2009). *Historia de la sexualidad*, Vol. I. *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós/ICE-UAB.
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freidin, B. y Najmías, C. (2011). "Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas". *Espacio abierto, Cuaderno Venezolano de Sociología*, Universidad de Zulia, Venezuela, Vol. 20, número 1, enero-marzo (Páginas 51 a 70).

- Funtowicz, S. y De Marchi B. (2000). "Ciencia posnormal, complejidad reflexiva y sustentabilidad". En: Leff, E. (coordinador). *La Complejidad Ambiental*. México: PNUMA/UNAM/ Siglo XXI.
- García Acosta, V. (2005). "El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos", *Desacatos*, Septiembre-Diciembre, número 019, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México. ISSN: 1405-9274.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Geldstein, R. N. y Pantelides, E. (2003). "Coerción, consentimiento y deseo en la primera vez". En: S. Checa (comp.) *Género, salud y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Gerchunoff, P. y Llach, L. (1998). *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*. Buenos Aires: Ariel.
- Gianni, M.C. y Zamberlin, N. (2011). "Experiencias, opiniones y prácticas acerca de la ligadura de trompas. Un estudio exploratorio en el servicio de obstetricia de una hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", En Geldstein, R y Schufer, M. (Editoras). *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Buenos Aires: Biblos, PNUD-UNFPA/CENEP.
- Giddens, A. (1989/1991). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Giddens, A. (1998). *La tercera vía: La renovación de la socialdemocracia*. Madrid: Taurus.
- Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Giddens, A. (2000a). *Más allá de la izquierda y la derecha*. Madrid: Cátedra.
- Giddens, A. (2001/2003). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Buenos Aires: Taurus.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (1994). *Derechos reproductivos y derechos sexuales. Una nueva perspectiva*. México: GIRE.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Nuw York: Aldine Publishing Company.
- Gogna, M. (2005). *Estado del arte: Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina, 1990-2002*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Gogna, M. (2011). "Reflexiones a propósito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente". En Geldstein, R y Schufer, M. (Editoras). *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Buenos Aires: Biblos, PNUD-UNFPA/CENEP.
- Gogna, M. (compiladora) (2013). *Las mujeres viviendo con VIH en Argentina: desafíos para una atención integral*. San Isidro: PubliKar.
- Gogna, M. (Coordinadora); Adaszko, A.; Alonso, V.; Binstock, G.; Fernández, S.; Pantelides, E.; Portnoy, F. y Zamberlin, N. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.
- Gogna, M. y Ramos, S. (1996). "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública", *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, Buenos Aires: FLACSO.
- Gogna, M.; Llovet, J.J.; Ramos, S. y Romero, M. (1998). "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en Isuani, A. y Filmus, D. (Compiladores). *La Argentina que viene. Análisis y propuestas para una sociedad en transición*. Buenos Aires: Norma.
- Gogna, M.; Pantelides, E. A. y Ramos, S. (1997). "Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad", *Cuadernos del CENEP*, N° 52. Buenos Aires. CENEP.
- Gordon, L. (2010). "La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo" en Bergallo, P. (compiladora). 2010. *Justicia, género y reproducción*. Buenos Aires: Librería.
- Grimberg, M. (editora) (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Guba E.G. y Lincoln Y.S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Guber, R. (2004). *El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del Conocimiento Social en el Trabajo de Campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Güelman, M. (2013). "Las potencialidades del enfoque biográfico en el análisis de los procesos de individuación". *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social - ReLMIS*. N° 5. Año 3. Abril- Septiembre 2013.
- Guía Atención Integral de Abortos no punibles.(2007). Ministerio de la Salud de la Nación.
- Gutierrez, I. (2002). "América Latina ante la sociedad del riesgo". Disponible en: <http://www.campus-oei.org/salactsi/gutierrez.htm>.

- Gutiérrez, M. A. (2004) "Silencios y susurros: la cuestión de la anticoncepción y el aborto", en Cáceres, C.; Frasca, T. Pecheny, M y Terti Júnior, V. (editores). (2004) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Gutiérrez, M.A. (2000). "Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres". En: Abregú, M. y Ramos, S. (editores.). 2000. *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, año 2, Nº 3. Buenos Aires: CEDES/CELS/Foro Social de las Américas.
- Gutiérrez, M.A., Gogna, M., Romero, M., Zamberlin, N. y Szulik, D. (2001). "Estudio de caso: Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires, Argentina". En M. Gogna (comp.). *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Habermas, J. (1987) *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- Halperin Donghi, T. (1970). *Historia contemporánea de América Latina*. Madrid: Alianza.
- Haraway, D. (1995). "La biopolítica de los cuerpos posmodernos", en *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la Naturaleza*, Valencia: Cátedra.
- Haraway, D. (1996). "«Género» para un diccionario marxista: La política sexual de una palabra", en *Ciencia, cyborgs y mujeres*, Capítulo 5, Madrid: Ediciones Cátedra.
- Heilborn, M. L. (2006). "Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis". En Heilborn, M.L. (org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Heilborn, M.L.; da Silva Cabral, C.; Reis Brandao, E.; Cordeiro, F.; Lopes Azize, R. (2012). "Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: genero e geracao nos processos decisórios" en *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, pp.224-257 / Dossier n.1. Disponible en www.sexualidadsaludysociedad.org. ISSN 1984-6487.
- Herzer, H.; Rodríguez, C., Celis, A., Bartolomé, M. y Caputo, G. (2002). *Convivir con el riesgo o la gestión del riesgo*. Artículo presentado a LA RED. Disponible en: [http://www.cesam.org.ar/PDF/Convivir%20con%20el%20riesgo%20o%20la%20gesti%C3%B3n%20del%20riesgo%20\(2002\).pdf](http://www.cesam.org.ar/PDF/Convivir%20con%20el%20riesgo%20o%20la%20gesti%C3%B3n%20del%20riesgo%20(2002).pdf)
- Hobsbawm, E. (2009). "Después del siglo XX: un mundo en transición". Letras libres, ISSN 1578-4312, Nº. 82, 2008, págs. 16-22
- Hopenhayn, C. (2000). "De la cava a Wall Street, la crisis financiera y América latina", en *Enoikos*, año VII, Nº 14. Buenos Aires: UBA.
- Human Rights Watch. (2005). Decisión prohibida. Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en la Argentina, vol.17, Nº 1(B), junio de 2005.
- Hurst, (2004). *La historia de las Ideas sobre el Aborto en la Iglesia Católica. Lo que no fue contado*. Buenos Aires: Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir.
- Ibañez y García-Velasco J.L. (1992). *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*. España: Siglo Veintiuno de España editores.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- INDEC. (2009). Defunciones maternas por causas de muerte, según grupo de edad de las fallecidas. Total del país. Años 2006-2009. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).
- INDEC. (2014). *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Gacetilla de prensa, INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 30/05/2014.
- Infesta Domínguez, G. (1996). "Salud reproductiva y sexualidad: una visión desde la perspectiva del varón adolescente, en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA.
- Infesta Domínguez, G. (2005). "Decisiones anticonceptivas en la pareja desde la perspectiva de varones adultos", en Pantelides, E.A. y López, A. *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Institute Alan Guttmacher. (1994). *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- Institute Guttmacher. (2012). "Hechos sobre el aborto inducido en el mundo". Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW_sp.pdf.
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. (2007). Recomendación General. Discriminación en la atención sanitaria de casos de abortos legales y tratamiento postabortos. INADI, Buenos Aires, mayo de 2007.

- Jelin, E. (1996). "La construcción de la ciudadanía: entre la solidaridad y la responsabilidad". En: Jelin E. y Hershberg, E. 1996. *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía, y sociedad en América latina*. Venezuela: Nueva Visión.
- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Jelin, E. (2005). "Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas", en Arraigada, I. *Políticas hacia las familias, protección e inclusión social*. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA. Disponible en: http://eclac.cl/dds/noticias/paginas/2/21682/Elizabeth_Jelin.pdf
- Jelin, E. (2011). "Género y familia en la política pública. Una perspectiva comparativa Argentina-Suecia". En Geldstein, R y Schufer, M. (Editoras). *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Buenos Aires: Biblos, PNUD-UNFPA/CENEP.
- Jones, D.; Manzelli, H. y Pecheny, M. (2004). "Grounded theory una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta de Moebio*, Número 19, marzo de 2004, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Kaufman, M. (1997). "Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres", en T. Valdés y J. Olavarría (eds.). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO, pp 63-81.
- Keijzer, de B. (2003). "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina", en Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y Vallenar, S. (2003). *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Kimmel, M. (1998). "El desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género): la producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos". En: Valdés, T. & Olavarría, J. (eds.), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO, UNFPA.
- Klein, L. (2005). *Fornicar y matar. El problema del aborto*. Buenos Aires: Planeta.
- Klein, L. (2013) Entrevista en Página12, "Fuera del campo de batalla", Las12, 19/04/2013.
- Kornblit, A.L. (2004). *Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/Sida en la población general*. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Kornblit, A. (compiladora). (2004a). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Kornblit, A.L. y Mendes Diz, A.M. (1996) "Información y conducta sexuales en jóvenes argentinos", en Findling, L. y Mendes Diz, A.M. (Compiladoras). *La salud en debate: una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Krmpotic, C. (2008). (Comp.) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- LaCapra, D. (2005). "Testimonios del Holocausto: la voz de las víctimas" y "Víctimas y victimarios: el debate Goldhagen y otros temas afines". En *Escribir la historia, escribir el trauma*, Buenos Aires: Nueva Visión: 105-154.
- Laclau, E., y Lechner, N. (1981). *Estado y política en América Latina*. México: Siglo Veintiuno.
- Lash, S. (2005). *Crítica de la información*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto (2012). *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Libson, M. (2011). *Familias y diversidad sexual. Las parentalidades gays y lesbianas en Buenos Aires*. Tesis doctoral, UBA- Facultad de Ciencias Sociales.
- Llovet, J.J. y Ramos, S. (1988). "La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares de Buenos Aires", Documento CEDES/4. Buenos Aires: CEDES.
- Llovet, J.J. y Ramos, S. (2001). "El estudio del aborto inducido en América latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro" en *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México.
- Lois, M. y Cosoy, N. (2005). *La problemática del aborto en la Argentina: las luchas por la hegemonía discursiva (1994-2004)*; Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires: Tesina de grado, sin publicar.
- López, E. (2005). *Anticoncepción y fecundidad en la Argentina: prácticas, opiniones y políticas*. Tesis doctoral.
- López, E. y Findling L. (2012) (Coordinadoras). *Maternidades, paternidades, trabajo y salud: ¿transformaciones o retoques?* Buenos Aires: Editorial Biblos.

- López, E. y Findling, L. (1996) "Mujeres pobres del conurbano bonaerense: conexiones entre dinámica del hogar y prácticas anticonceptivas", en Taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: CEDES. Centro de Estudios de Estado y Sociedad; CENEP. Centro de Estudios de Población; AEPA. Asociación de Estudios de Población de la Argentina.
- López, E. y Pantelides, A. (Compiladoras). (2007). *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP/CEDES/AEPA/UNFPA.
- López, E. y Pantelides, E. A. (2005). *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Lubertino, M.J. (1996). "Los derechos reproductivos en la Argentina", en Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA.
- Luhmann, N. (1998). *Sociología del riesgo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Luna, F. (2006). Aborto por motivos terapéuticos: artículo 86 inciso 1 del Código Penal Argentino. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/CEDES.
- Luna, F. (2011). "Y pasó un decenio: reproducción asistida y «sabor local». Contexto y mujer en Latinoamérica". En: Casado González, M. (Compiladora) 2012. *Sobre bioética y género*. Madrid: Civitas.
- Luna, F., y Salles, A. L. F. (1995). *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Luna, N. (2007). Provetas e clones: una antropología das novas tecnologías reproductivas. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Macklin, R. (1996). "Ética y reproducción humana: perspectivas internacionales". En Macklin, R. 1996. *Ética y Salud Reproductiva*. México: UNAM.
- Maffía, D. (2001). "Ciudadanía sexual", *Feminaria*, Año XIV, N°26/27, Buenos Aires.
- Maffía, D. (2006). "Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?". En Checa, S. (comp.), 2006. *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Maffía, D. (2008). "Políticas públicas, varones y masculinidades: una ventana de oportunidad". en Ramírez Rodríguez, J.C. y Uribe Vázquez, G. (Coords). (2008). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. Universidad de Guadalajara, Academia Mexicana Jalisciense de Ciencias, Academia Mexicana de Estudios de Género de los hombres, Fondo de Población de las Naciones Unidas: México.
- Mainetti, J. (2006). *La medicalización de la vida. Electroneurobiología*, vol. 14 (3), pp. 71-89. ISSN 0328-0446.
- Mallimacci, F. (2008). *Modernidad, religión y memoria*. Buenos Aires: Colihue.
- Mallimaci, F. y Giménez Béliveau, V. (2006). "Historia de vida y métodos biográficos". En Vasilachis, I. (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa* (págs. 175-212). Barcelona: Gedisa.
- Mansilla, M. (2013). "Poner el cuerpo". Página12, Suplemento Las12, 15 de marzo de 2013.
- Manzelli, H. (2005). "Como un juego: la coerción sexual vista por varones adolescentes", en Pantelides, E.A. y López, A. *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Manzelli, H. y Pantelides, E. (2007). "La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina", en López, E. y Pantelides, A. (Compiladoras). 2007. *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP/CEDES/AEPA/UNFPA.
- Mariluz, G. (2013). "Aportes para el inicio de un debate sobre la eutanasia". Revista Ciencias Sociales, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Marques-Pereira, B. (1997). *Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos*. ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres N° 25.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2003). "La medicalización de la vida y sus protagonistas", Gestión clínica y sanitaria, Volumen 5, Número 2.
- Martuccelli, D. (2007). *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Santiago de Chile: LOM.
- Mattioli, M. (2011). Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires. Disponible en: Flacso Andes, Centro digital de vanguardia para la investigación en ciencias sociales. Región Andina y América latina, <http://hdl.handle.net/10469/3320>.
- Mauss, M. (1979). "Concepto de la técnica corporal". En: *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos. pp. 337-343. (Edición original de 1934).

- Mendes Diz, A. M.; Schwarz, P. K. N.; Sanchez Antelo, V.; Montero, E. y J. Marchetto (2011) "Sentidos y exposición al riesgo a partir de interacciones virtuales en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires" En: IX Jornadas de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Universidad de Buenos Aires, 10, 11 y 12 de agosto de 2011.
- Mendizábal, N. (2006). "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa". En: Vasilachis de Gialdino (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Messina, A. (2007). "La toma de decisiones en salud sexual y reproductiva: ¿un derecho de las mujeres? Un estudio exploratorio de la opinión y los mitos sobre la ligadura de trompas de Falopio entre los profesionales de la salud". Buenos Aires: CEDES.
- Miller, A. (2001). "Sexual no reproductivo: explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y reproductivos", en Gruskin, S. (ed.) *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Minyersky, N. (2009). "Aborto no punible. Análisis del artículo 86 del Código Penal". En Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva. Un desafío para las políticas públicas. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir.
- Moschella, R.; Charalambopoulos, J.; Naddeo, S. J; Rodríguez, P. G; Pawlowicz, M.P. (2009). "Motivos de solicitud de ligadura tubaria: estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multiparas que asisten a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Volumen 28, N° 3.
- Motta, C. y Rodríguez, M. (2001). *Mujer y justicia: el caso argentino*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Murillo, S. (2002). *Sujetos a la incertidumbre: transformaciones sociales y construcción de la subjetividad en la Buenos Aires actual*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación.
- Murillo, S. (2013). "La medicalización de la vida cotidiana", *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas.
- Natenzon, C. E. (1995). *Catástrofes naturales, riesgo e incertidumbre*. Buenos Aires: FLACSO; diciembre. Serie Documentos e Informes de Investigación N° 197.
- Novick, S. (2001). "Democracia y población: Argentina 1983-1999", Documento de Trabajo N° 28, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Isbn: 950-29-0648-9.
- Nucci, N. (2012). "Sería a pílula anticoncepcional uma droga de "estilo de vida"? Ensaio sobre o atual proceso de medicalização da sexualidade", *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, N° 10, abril de 2012, pp. 124-139, ISSN 1984-6487
- Oberti, A. (2009). "Lo que queda de la violencia política. A propósito de archivos y testimonios", *Temáticas* (jan.-dez.), año 17 n° 33/34: 125-148.
- Oberti, A. (2013). "Género como tecnología". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Olavarría, J. (2000). *Identidad/es masculina/s, violencia de género y cultura de la paz. Antecedentes para el debate en América Latina*. Chile: Flacso-Chile / Unesco.
- Olavarría, J. (2001). *Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto*. Santiago: FLACSO.
- Olavarría, J. (2004). "Masculinidades, poderes y vulnerabilidades" en Cáceres, C.; Frasca, T. Pecheny, M y Terti Júnior, V. (editores). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Olavarría, J. (2009). "La investigación sobre masculinidades en América Latina", en José Toro-Alfonso (ed.) *Lo masculino en evidencia: investigaciones sobre la masculinidad*. San Juan de Puerto Rico, Publicaciones Puertorriqueñas –Editores y Universidad de Puerto Rico.
- Oliveira, M.C. y J. Vieira. (2010). "Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006", *Revista latinoamericana de población (RELAP) Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)*, vol. 3, N° 6.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2005). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Suiza: OMS. ISBN: 9243562843.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Disponible en
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1995). Definiciones, en Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, Washington D.C.
- Ouerta Sánchez, A.. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 4, núm. 2, junio, 2011, pp. 150-161, Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria, España.

- Osztak, O. (1999). "De menor a mejor: el desafío de la segunda reforma del Estado", en *Revista Nueva Sociedad*, N° 160, Venezuela.
- Ouvinha Peres, S. y Heilborn, M.L. (2002). "Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (7):1411-1420, jul, 2006.
- Página12. 14/10/12. "El aborto ya está en la agenda pública". Entrevista a Silvina Ramos.
- Página12. 8/12/2010. "Las mujeres tienen derecho a decidir". Entrevista a Paula Ferro, Las12.
- Página12. 12/12/2008. "Para qué gastar en preservativos. Sociedad, Página12
- Palma, Z. (1998) "La anticoncepción de emergencia, una aporte para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres", en *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.
- Pantelides, E (1996). "Adolescentes y Sexualidad", en *Curso Internacional de Salud Reproductiva y Sociedad*. Salud Reproductiva, nuevos desafíos. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Pantelides, E. (2003). "Aspectos sociales del embarazo adolescente en América Latina". En: *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*. Santiago de Chile: Naciones Unidas - CEPAL. Pp.167-179.
- Pantelides, A. y Mario, S. (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina". *Notas de población*, julio 2009, CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas. ISBN 978-92-1-323263-7.
- Pantelides, E. y Binstock, G. (2007). "La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI". *Revista argentina de sociología*, vol.5, n.9, pp. 24-43. ISSN 1669-3248.
- Pantelides, E. A., Gogna, M. y Ramos, S. (2000) "Concepciones legas de salud y enfermedad: el SIDA según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires" En: E. A. Pantelides y S. Bott (eds.) *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos-OMS, pp.117-135.
- Pantelides, E.A; Binstok, G. y Mario, S. (2007). *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Parente, D. (2007). "Técnica y naturaleza en Leroi-Gourhan: límites de la naturalización de lo artificial", *Ludus Vitalis*, Vol. XV, núm. 28, pp. 157-178.
- Parente, D. (2010). *Del órgano al artefacto: acerca de la dimensión biocultural de la técnica*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2010. 263 p.
- Pautassi, L. (2000). "Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina", En Herrera, G. (comp.) *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito: FLACSO-CONAMU, Agora.
- Pautassi, L. (2002). "Ciudadanía y autonomía de las mujeres en Argentina ¿Un sueño imposible?", en Vázquez, S. (Comp) *Hombres Públicos, Mujeres Públicas*. Buenos Aires: Fundación Ebert.
- Pautassi, L. (Organizadora). (2010). *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Pautassi, L. y Gamallo, G. (Directores) (2012). *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Pautassi, L.; Faur, E. y Gherardi, N. (2004). "Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Límites y omisiones para una mayor equidad", *Serie Mujer y Desarrollo* N° 56. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pecheny, M. (2005). "Yo no soy progre, soy peronista: Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?". VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 25, 26 y 27 de julio de 2005.
- Pecheny, M. (2009). "La construcción de cuestiones políticas como cuestiones de salud: la "des-sexualización" como despolitización en los casos del aborto, la anticoncepción de emergencia y el VIH/sida en la Argentina", Trabajo presentado para la discusión al XXVIII Congreso Internacional de LASA, Río de Janeiro, 11-14 de junio de 2009.
- Pecheny, M. (2013). "Las políticas públicas y las sexualidades". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (2003) "Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo", en Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y Vallenas, S. (2003). *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Pecheny, M.; Alonzo, J.P.; Brown, J.; Capriati, A.; Mantilla, J.; Gattoni, S.; Gómez, L.; Maulen, P.; Siccardi, J.P.; Tamburrino, C y Manzelli, H. (2007). "La ciudadanización de la salud: derechos y

- responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”, en López, E. y Pantelides, A. (Compiladoras). (2007). *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población CENEP/CEDES/AEPA/UNFPA.
- Pecheny, M.; Andía, A.; Ariza, L.; Brown, J.; Epele, M.; Luciani Cone, L.; Mario, S. y Tamburrino, M.C. (2010). *Anticoncepción después de... barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina*. Buenos Aires: Teseo.
- Pecheny, M.; Figari, C.; Jones, D. (Comps). (2008). *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Peker, L. (2013). “Por nosotras, por las otras”, Página12, Suplemento Las12, 27/09/2013.
- Petracci, M (Coord.) y Pecheny, M. (2007). *Argentina: Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires: CEDES- CLAM/ IMRJ ISBN 978 987-21844-6-9.
- Petracci, M. y Pecheny, M. (2010). *Argentina, derechos humanos y sexualidad*. Actualización. Disponible en http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/col_doc_ar_atualizacion.pdf.
- Petracci, M. (1994). *Feliz posteridad, cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*. Buenos Aires: Letra Buena.
- Petracci, M. (2004). *Salud, derecho y opinión pública*. Buenos Aires: Norma.
- Petracci, M. (2005). “Aborto. Un análisis cualitativo de las opiniones de los varones sobre despenalización y derechos sexuales y reproductivos”. VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 25, 26 y 27 de julio de 2005.
- Petracci, M. (2007). *La opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, 1991-2006*. Tesis Doctoral. UBA. Buenos Aires.
- Petracci, M. (2011). “Opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos”. En: Petracci, M. 2011. *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. (2011a). *Derechos sexuales y reproductivos. Teoría, política y espacio público*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. (2011b). “Opiniones y representaciones sociales de varones sobre aborto en Buenos Aires, Argentina”, *Sexualidad, salud y sociedad – Revista Latinoamericana* Nro. 8 (2011), Páginas 10-35, ISSN 1984-6487.
- Petracci, M. (2011c). “Opiniones y representaciones sociales de los varones sobre aborto. Un estudio cualitativo de opinión pública en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina”, páginas 53-70. En: *Estudios sobre varones y masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras*, Libro del IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades, Montevideo 2011 publicado por Facultades de Ciencias Sociales y Psicología, Universidad de la República, Uruguay; Universidad de la República, Uruguay; Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), Espacio Salud; UNFPA Uruguay.
- Petracci, M. (2011d). “Sondeos y políticas: la opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: 2003-2006”, páginas 115-136. En: Bergallo, P. *Aborto y justicia reproductiva*. Editores del Puerto: Buenos Aires.
- Petracci, M. (2011e). “La opinión pública sobre el aborto en la Argentina”, páginas 237-246. En: Cáceres, C., Mogollón, M.E., Pérez-Luna, G., Olivios, F. 2011. *Sexualidad, Ciudadanía y Derechos humanos en América latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*. Lima: Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano – IESSDEH y Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH.
- Petracci, M. y Mattioli, M. (2009). *Opinión Pública de las mujeres residentes en la Ciudad de Buenos Aires sobre temas de políticas públicas. Abordaje cualitativo. Informe Final*. Proyecto presentado a la 2º convocatoria de 2008 del Programa de Fortalecimiento a Organizaciones de la Sociedad Civil, Subsecretaría de Promoción Social - Ministerio de Desarrollo, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Petracci, M. y Mattioli, M. (2010). *Heterosexualidades, anticoncepción y aborto: Argentina (HEXCA-Arg.)*. Informe Final.
- Petracci, M. y Ramos, S. (comp.). (2006). *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES-UNFPA. ISBN-10: 987-21844-5-3. ISBN- 13: 978-987-21844-5-2.
- Petracci, M.; Pecheny, M.; Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). “El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires”, en Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad, pp.164-197 / Dossier n.1. Disponible en www.sexualidadsaludysociedad.org. ISSN 1984-6487.

- Ponce de León, R. y Rizzi, R. (2009). Misoprostol: su uso para el aborto no punible. Hoja informativa Nº 11, junio 2009. Disponible en: www.despenalizacion.org.ar.
- Ponce, M. (2012). "Salud, prevención y experiencias del embarazo, el parto, el posparto y la lactancia". En: López, E. y Findling, L. (2012). *Maternidades, paternidades, trabajo y salud: ¿transformaciones o retoques?*. Buenos Aires: Biblos.
- Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2009). Documento científico Ligadura tubaria. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2010). Informe de gestión semestral. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Primer_Semestre_2010_07_10.pdf.
- Quintanilla, M.A. (1991). *Tecnología. Un enfoque filosófico*, Buenos Aires: EUDEBA/Fundesco.
- Quintanilla, M.A. (1998). "Técnica y cultura", *TEOREMA. Revista internacional de filosofía*, XVII, (3), pp. 49-69.
- Ramírez Rodríguez, J.C. (2008). "Ejes estructurales y temáticos de análisis del género de los hombres. Una aproximación", en Ramírez Rodríguez, J.C. y Uribe Vázquez, G. (Coords). (2008). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. Universidad de Guadalajara, Academia Mexicana Jalisciense de Ciencias, Academia Mexicana de Estudios de Género de los hombres, Fondo de Población de las Naciones Unidas: México.
- Ramírez Rodríguez, J.C. y Uribe Vázquez, G. (Coords). (2008). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. Universidad de Guadalajara, Academia Mexicana Jalisciense de Ciencias, Academia Mexicana de Estudios de Género de los hombres, Fondo de Población de las Naciones Unidas: México.
- Ramon Michel, A. (2010). "El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible", en Bergallo, P (compiladora). *Aborto: una cuestión de derechos humanos*. Editores del Puerto: Buenos Aires.
- Ramon Michel, A.; Ramos, S. y Romero, M. (2013). Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol. CLACAI/FASOG.
- Ramos, S. y Llovet, J. J. (1986). Una investigación social sobre anticoncepción y aborto. Seminario-Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud, tomo 2. Buenos Aires: CEDES.
- Ramos, S. y Viladrich, A. (1993). *Abortos hospitalizados. Entrada y salida de emergencia*, Documento CEDES/88, Buenos Aires: CEDES.
- Ramos, S., Romero, M., Karolinski, A., Mercer, R. Insúa, I. y del Río Fortuna, C. (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES.
- Ramos, S.; Gogna, M; Petracci, M; Romero, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- Rifkin, J. (2000). *La era del acceso. La revolución de la nueva economía*. Barcelona: Paidós.
- Ringelheim, J.P. (2013). "La gestión de las emociones". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Rivas Zivy y Amuchástegui Herrera, A. (1998) *Voces e historias sobre el aborto*. The Population Council, Edamex. México.
- Robles Salgado, F. (2005). "Contramodernidad y desigualdad social: Individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión". Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/12/paper03.pdf>
- Rodríguez Díaz, S. (2008). El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Revista Intercisios*.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). "Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones", Trigésima octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe; Mar del Plata, Argentina, 7 y 8 de septiembre del 2005.
- Rodriguez Jaume, M.J. (2011). "Las transiciones demográficas en la segunda modernidad" En Geldstein, R. y Schufer, M. 2011. *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Buenos Aires: Biblos, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/ Argentina, Centro de Estudios de Población (CENEP).
- Rodríguez, J. (2009). *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
- Román, V. (2013). "El Viagra ya se vende en 34 variedades más que la aspirina", *Clarín*, Sociedad, 31/03/13
- Romero, M. (2011). "Denegación de derechos sexuales y reproductivos: barreras en el acceso a los servicios de salud" en *Discriminación y género: las formas de la violencia*. Encuentro

- internacional sobre violencia de género*. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación, Ministerio Público de la Defensa.
- Romero, M. y Maceira, D. (Editores). (2006). "Iniciativa por los derechos sexuales y reproductivos en las reformas del sector salud: América latina". *Nuevos documentos CEDES 2006/20*. Buenos Aires: CEDES.
- Romero, M., Abalos, E. y Ramos, M. (2013). "La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5". Hoja Informativa N° 8, Marzo 2013. OSSyR, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, Buenos Aires: UNIPE, Editorial Universitaria.
- Rose, N. (2013). "Vamos hacia un 'cuerpo a la carta'", *Revista Ñ*, Clarín, 04/01/2013.
- Rosenberg, M. (2002). "Subjetividad, sexualidad y aborto". Presentación en el Congreso Metropolitano de Psicología 2002.
- Rosso, G. (2007). "El aborto en la Argentina hoy", *Revista Mora* N° 13, ISSN 0328-8773.
- Rostagnol, S. (1999). "Encrucijadas Estado-Sociedad Civil en Salud Reproductiva. Uruguay de los 80 y 90", Seminario Saúde Reprodutiva na esfera pública e política na América Latina, Campinas, 28 y 29 de Julio de 1999.
- Rostagnol, S. (2012). "De la maternidad elegida a no ser madre (por ahora): anticoncepción y aborto en la vida de las mujeres", en *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, pp.198-223 / Dossier n.1. Disponible en www.sexualidadsaludysociedad.org.
- Rostagnol, S.; Grabino, V.; Mesa, S. y Viera, M. (2011). "Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol", IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población, IIGG, Buenos Aires, 10, 11 y 12 de agosto de 2011.
- Rubin, G. (1986). "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo", *Nueva Antropología*, 8 (30).
- Salles, A. (2006). "El debate moral sobre el aborto", *Debate feminista*, Aborto: el derecho a decidir. Año 17. Vol. 34. Octubre 2006.
- Sarchman, I. (2013). "Facebook y el declive del hombre privado. Una aproximación a los nuevos modos de construcción autobiográfica". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Sartori, G. (1999). "Comparación y método comparativo". En Sartori, G. y Morlino, L. (Comp.). 1999. *La comparación en las Ciencias Sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schuster, G. y García Jurado, M. (2006). "Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva", en Petracci y Ramos, 2006. *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina; aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES/UNFPA.
- Schwarz, P. (2013). "Configuraciones de sentido y experiencia en las redes virtuales. Riesgo, in/seguridad y amenaza en la mirada de los jóvenes". *Revista Ciencias Sociales*, UBA, Número 83, Mayo 2013, Dossier Vidas tecnológicas. ISSN 1666-7301.
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Scott, J.W. (1990). "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en Amelang, J. y Nash, M. *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. España: Ediciones Alfons el Magnanim.
- Sibilia, P. (2005). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Siede, L. (Compiladora). (2012). *Salud Reproductiva y derecho a decidir. Experiencias sobre ligadura de trompas en la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Fundación Ciccus.
- Sierra Bravo, R. (1994). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. España: Editorial Paraninfo.
- Siverino Batio, P. (2011) "A propósito del derecho a la disposición del propio cuerpo, un análisis desde el ordenamiento jurídico peruano", *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, La Ley junio 2011, Buenos Aires, Argentina, ISSN 1852-8708.
- Stanworth, P. (ed.). (1987). *Reproductive Technologies*. Cambridge: PolityPress. Citado en Giddens, A. 1989. *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Strathern, M. (1995). "Necessidade de país, necessidade de mães". *Revista Estudos Feministas*, 1995, vol.3, n°2, págs. 303-329.
- Straw, C. (2013). *Lo público y lo privado en la reproducción asistida. Una oposición permanente en mujeres con dificultades reproductivas. Estudio cualitativo en mujeres de sectores populares y medios residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Tesis de doctorado, FSOC, UBA.

- Straw, C. y Mattioli, M. (2013) "Entre el discurso legal y las opiniones de las mujeres: reflexiones sobre la apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos" *Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales*, Año XV, N° 16, 2013. Disponible en: <http://www.revistapilquen.com.ar>.
- Svampa, M. (editora). (2000). *Desde abajo. La transformación de las identidades sociales*. Buenos Aires: Biblos; Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Szasz, I. (2004). "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades", en Cáceres, C.; Frasca, T. Pecheny, M y Terti Júnior, V. (editores). (2004). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. (2008). "Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos/as". *Salud Pública de México*, vol. 50, n°1, enero-febrero de 2008, pp.32-39.
- Tessa, S. (2014). "Recurso protegido", *Página12*, Suplemento Las12, 02/05/2014.
- Thomas, H. (2009). "De las tecnologías apropiadas a las tecnologías sociales. Conceptos/estrategias/diseños/acciones", en 1ra Jornada Internacional de Estudios sobre Tecnología y Sociedad: Tecnologías para la Integración y el Desarrollo, Buenos Aires, Argentina, 17 de setiembre de 2009.
- Thomas, H.; Fressoli, M. y Santos, G. (2012). *Tecnologías, desarrollo y democracia; nueve estudios sobre dinámicas socio-técnicas de exclusión/inclusión social*. Buenos Aires: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación.
- Torrado, S. (1993). *Procreación en la Argentina: hechos e ideas*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870 – 2000)*. Buenos Aires: Ediciones de La Flor.
- Torrado, S. (2012). "La familia y la acumulación. (Argentina, 1870-2002)", *Revista Ciencias Sociales*, UBA, N° 81, Agosto 2012.
- Turner, B. S. (1984). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica. México.
- UNFPA/CENEP (Fondo de Población de las Naciones Unidas/Centro de Estudios de Población). (2005). *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. ISBN 0-89714-830-4.
- UNFPA/CENEP. (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - UNFPA. ISBN 978-987-1560-13-4.
- UNICEF- Consejo Nacional de la Mujer. (2002). "La salud de la Mujer". *Guía de salud N° 5*. Buenos Aires: UNICEF.
- Vallejos, S. (2012). "Solo para violaciones verificables", *Página12*.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992) *Métodos Cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). "La investigación cualitativa". En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) 2006. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, S.; Gutiérrez, M. A.; Calandra, N., y Berner, E. (2006). "El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de Misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes". En: Checa, Susana (comp.). 2006. *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Villa, A.M. (1998). "El varón en las relaciones de género: reflexiones para la intervención en sexualidad y reproducción", en *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.
- Villa, A.M. (2001). "Identidades masculinas y comportamientos reproductivos entre varones de los sectores populares pobres de Buenos Aires", en Figueroa, J.G. y Nava, R. *Memorias del seminario Identidad masculina, sexualidad y salud reproductiva*. México: Colegio de México.
- Viveros Vigoya, M. (1997). "Pá bravo... yo soy candela, palo y piedra. Los quibdoseños". En Valdés, T. y Olavarría, J. (Editores). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago: Isis Internacional.
- Viveros Vigoya, M. (2002). *De quebradores y cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia y Fundación Ford- Profamilia.
- Viveros Vigoya, M. (2008) "Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes", en Ramírez Rodríguez, J.C. y Uribe Vázquez, G. (Coords). (2008). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. Universidad de Guadalajara, Academia Mexicana Jalisciense de Ciencias, Academia Mexicana de Estudios de Género de los hombres, Fondo de Población de las Naciones Unidas: México.

- Viveros Vigoya, M., Olavarria, J., Fuller, O. N. J., & Universidad Nacional de Colombia. (2001). *Hombres e identidades de género: Investigaciones desde América Latina*. Colombia: CES, Universidad Nacional de Colombia.
- Viveros Vigoya, M.; Facundo Navia, Á. (2012). "El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto", en *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, pp. 135-163/ Dossier n.1. Disponible en www.sexualidadsaludysociedad.org. ISSN 1984-6487.
- Wainerman, C. (2003). "La reestructuración de las fronteras de género". En Wainerman, C. (Comp.) *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires: UNICEF- Fondo de Cultura Económica.
- Wainerman, C. (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?*. Buenos Aires: Lumiere.
- Wegner, M.N.; Landry, E. y Tzanis, J. (1998). "El hombre como compañero en las cuestiones de salud reproductiva", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial, páginas 32-37.
- Weller, S. (2000) "Salud reproductiva de los/as adolescentes. Argentina, 1990-1998". En Oliveira, M. (2000). *Cultura, adolescencia salud: Argentina, Brasil, México*. Campinas: CEDES, COLMEZ/NEPO-UNICAMP.
- Yapur, F. (2013). "Cristina nos habló a todos, no excluyó a nadie". Entrevista a Juliana Di Tullio, *Tiempo Argentino*, 10/06/2013.
- Zamberlin, N. (2005). "Propuesta para mejorar la calidad de la atención en las complicaciones de abortos", Informe Final Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" sobre Programas sanitarios con apoyo institucional, convocatoria 2004. Buenos Aires: CEDES.
- Zamberlin, N. (2006). *Las organizaciones de la sociedad civil en el campo de la salud sexual y reproductiva. Estudio de caso: el Centro de Promoción del Joven*. Cuadernos de CLAPSO, Número 10. Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/claspo/cca/cca0010.pdf>.
- Zamberlin, N. (2007). "El aborto en la Argentina", Hoja Informativa, N°3, junio 2007. Disponible en: despenalización.org.ar.
- Zamberlin, N. (2010). "Situación del aborto en Argentina", CLACAI, Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro.
- Zamberlin, N.; Romero, M. y Ramos, S. (2012). "Latin American womens experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted", *Reproductive Health* 2012, 9:34.

ANEXO I:

Tasas globales de fecundidad estimadas según quinquenios, por países 1950-2020 en América latina

Tasas globales de fecundidad estimadas según quinquenios, por países 1950- 2020, América latina																
País	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	Prom. Gral	Disminución 1950 - 2020
América latina	5,9	5,9	6	5,6	5,1	4,5	4	3,4	3	2,7	2,5	2,3	2,1	2	3,9	3,9
Argentina	3,2	3,1	3,1	3	3,1	3,4	3,2	3,1	2,9	2,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,8	1,1
Bolivia	6,8	6,8	6,6	6,6	6,5	5,8	5,3	5	4,8	4,3	4	3,5	3,1	2,8	5,1	4
Brasil	6,2	6,2	6,2	5,4	4,7	4,3	3,8	3,1	2,6	2,5	2,3	1,9	1,7	1,6	3,7	4,6
Chile	5	5,5	5,4	4,4	3,6	2,8	2,7	2,7	2,6	2,2	2	1,9	1,9	1,9	3,2	3,1
Colombia	6,8	6,8	6,8	6,2	5	4,3	3,7	3,2	3	2,8	2,6	2,5	2,3	2,2	4,1	4,6
Costa Rica	6,7	7,1	7,2	5,8	4,3	3,8	3,5	3,4	3	2,6	2,3	2	2	1,9	4	4,8
Cuba	4,1	3,7	4,7	4,3	3,5	2,1	1,9	1,9	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,6	2,5	2,5
Ecuador	6,7	6,7	6,7	6,5	6	5,4	4,7	4	3,4	3,1	2,8	2,6	2,4	2,2	4,5	4,5
El Salvador	6,5	6,8	6,8	6,6	6,1	5,6	4,8	4,2	3,7	3,3	2,6	2,4	2,2	2,1	4,6	4,4
Guatemala	7	6,6	6,5	6,3	6,2	6,2	6,1	5,7	5,5	5	4,6	4,2	3,7	3,3	5,5	3,7
Haití	6,3	6,3	6,3	6	5,8	6	6,2	5,7	5,2	4,6	4	3,5	3,2	2,9	5,1	3,4
Honduras	7,5	7,5	7,4	7,4	7,1	6,6	6	5,4	4,9	4,3	3,7	3,3	3	2,7	5,5	4,8
México	6,9	7	6,8	6,8	6,5	5,3	4,3	3,6	3,2	2,7	2,4	2,2	2	1,9	4,4	5
Nicaragua	7,3	7,3	7,3	7,1	6,8	6,4	5,9	5	4,5	3,6	3	2,8	2,6	2,4	5,1	4,9
Panamá	5,7	5,9	5,9	5,6	4,9	4,1	3,5	3,2	2,9	2,8	2,7	2,6	2,4	2,3	3,9	3,4
Paraguay	6,5	6,5	6,6	6,3	5,7	5,2	5,2	4,8	4,3	3,9	3,5	3,1	2,8	2,5	4,8	4
Perú	6,9	6,9	6,9	6,6	6	5,4	4,7	4,1	3,6	3,1	2,8	2,6	2,4	2,2	4,6	4,7
Rep. Dominicana	7,4	7,4	7,3	6,7	5,6	4,7	4,2	3,7	3,3	3	2,8	2,7	2,5	2,3	4,5	5,1
Uruguay	2,7	2,8	2,9	2,8	3	2,9	2,6	2,5	2,5	2,3	2,2	2,1	2	2	2,5	0,7
Venezuela	6,5	6,5	6,7	5,9	4,9	4,5	4	3,7	3,3	2,9	2,7	2,6	2,4	2,3	4,2	4,2

Fuente: Series 1950/1980 CEPAL/ CELADE Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población, de la CEPAL, Boletín demográfico N° 73. Series 1980/2020 CEPAL/CELADE Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía -División de Población de la CEPAL, World Population Prospects: The 2010 Revision.

Nota: El promedio general y el cálculo de la diferencia entre el quinquenio 1950-1955 y el quinquenio 2015-2020, representados en las dos últimas columnas, grafican la intensidad del descenso según los cálculos estimados para los últimos setenta años.

ANEXO II:

Descripción de normativas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva en el AMBA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

- Ley 114 (publicada el 03/02/99), de “Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes”: establece la protección de la salud a los efectos de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud.
- Ley 153 (publicada el 28/05/99), “Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”: tiene por objeto “[...] garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin” (artículo 1). Los derechos de las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención incluyen: a) El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural; b) La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden; c) La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud- enfermedad; d) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso; f) Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad; g) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos; h) Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas; i) Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación; m) Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen; y n) En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores (artículo 4).
- Ley 418 (publicada el 21/07/00), de “Salud Reproductiva y Procreación Responsable”: los objetivos generales son “garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos; garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio; y disminuir la morbilidad materna e infantil” (artículo 3). En su artículo 4 describe los catorce objetivos específicos, entre los que se destacan: a) Prevenir mediante educación e información los abortos provocados; b) Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción; c) Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección; d) Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable; e) Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada. [...]; h) Garantizar la existencia en los distintos servicios

y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género. [...]; m) Contribuir a la prevención del embarazo no deseado; n) Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y padres sobre la salud reproductiva y la procreación responsable, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Resolución 874 (publicada el 02/05/03), de “Anticoncepción quirúrgica”: aprueba el procedimiento de atención profesional frente a las solicitudes de ligaduras tubarias por parte de los pacientes que se atienden en los efectores del sistema de salud.

- Ley 1044 (publicada el 21/08/03), “Embarazos incompatibles con la vida”: tiene por objeto regular el procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida.

- Ley 2110 (publicada el 20/11/06), de “Educación Sexual Integral”: establece la enseñanza de educación sexual integral en todos los niveles obligatorios y en todas las modalidades del sistema educativo público, de gestión estatal y de gestión privada, y en todas las carreras de formación docente, dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 1).

- Ley 2931 (publicada el 06/01/09), de “Distribución gratuita y masiva de profilácticos en lugares de esparcimiento nocturno”.

Provincia de Buenos Aires:

- Ley 13066 y decreto de reglamentación 2327 (publicado el 31/12/03) de Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Entre los objetivos se encuentran: a) Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana; b) Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante; c) Valorar la maternidad y la familia; e) Disminuir la morbilidad materno infantil; h) Prevenir mediante información y educación, los abortos; j) Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable; k) Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes; n) Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por el ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados.

- Ley 13162 (publicada el 12/01/04) de Protección integral de los derechos del niño y del joven.

- Resolución 1245 (publicada el 20/02/07) de Aprobación del Plan Ser de Salud Sexual y Reproductiva por el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA).

- Ley 14208 (publicada el 03/01/2011) de Fertilización Asistida, que tiene por objeto el reconocimiento de la infertilidad humana como enfermedad y reconoce la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización homóloga.

ANEXO III:

Situación normativa de las provincias sobre aborto no punible

- Neuquén (Procedimiento para la atención profesional frente a solicitudes de prácticas de aborto no punibles -artículo 86 incisos 1 y 2 del Código Penal-. Resolución 1380/07).
- Chubut (Procedimiento a desarrollar en los establecimientos de Salud Pública, respecto de la atención de los casos de Abortos no Punibles, ley XV Nº 14/10).
- Santa Fe (Resolución 612/12 del Ministerio de Salud que adhiere y adopta la Guía Técnica de Atención Integral para los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, en Junio de 2010 y el Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no punible de Rosario, Ordenanza 8166).
- Provincia de Buenos Aires (Protocolo de atención integral de los abortos no punibles. Resolución ministerial 3146/12).
- Entre Ríos (Guía de procedimiento para la atención de pacientes que soliciten prácticas de aborto no punible. Resolución 974/12).
- La Pampa (Protocolo de procedimiento para la atención de pacientes que soliciten prácticas de aborto no punible, según lo establecido en el artículo 86, incisos 1º y 2º del Código Penal de la Nación. Decreto 279/12).
- Córdoba (Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punibles, Resolución ministerial 028/12).
- Salta (Decreto del Gobierno de la Provincia que reglamenta el aborto no punible en Salta, 1170/12).
- CABA (Ley 4318/12, Procedimiento para la atención integral de los abortos no punibles contemplados en los incisos 1º y 2º del código Penal).
- Chaco (Aplicación en todos los establecimientos de la Red Sanitaria Provincial de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1811/12).
- Jujuy (Resolución ministerial 8687/12, adhesión a la Guía Nacional).
- Tierra del Fuego (Resolución ministerial 392/12, adhesión a la Guía Nacional).
- Río Negro (Ley provincial 4796 de Atención Sanitaria en casos de Aborto No Punibles, sancionada el 1 de noviembre de 2012).

ANEXO IV:

Guía de pautas

HEXCA: CAB – ENTREVISTA E INSTRUMENTO PREANÁLISIS

GUÍA DE ENTREVISTA MUJERES/ VARONES

Caso n°

Consigna:

Estamos haciendo un estudio para conocer las perspectivas de mujeres y varones sobre algunos temas vinculados con la salud reproductiva, los hijos e hijas, la vida afectiva y la sexualidad a lo largo de la vida. Es parte de un estudio que se realiza en tres países latinoamericanos.

Consentimiento informado:

Su participación en esta entrevista es voluntaria, y puede detenerse en cualquier momento. Cualquier duda que tenga, por favor pregúnteme. Esta entrevista es totalmente confidencial y ninguna persona por fuera de nuestro equipo conocerá sus respuestas. Será grabada y desgrabada por miembros de nuestro equipo. Su nombre no aparecerá en ningún lado. El cuestionario será solamente numerado. La entrevista incluye preguntas sobre diferentes aspectos relacionados con su vida reproductiva, como también sobre su vida personal, laboral y familiar. No es necesario que responda si una pregunta le hace sentir incomodidad. La entrevista durará aproximadamente una hora.

👉 ENTREVISTADOR/A: PARA DETERMINAR SI EL ENTREVISTADO/A INGRESA (O NO) A LA MUESTRA DEBEN COMPLETARSE LAS PREGUNTAS 1 a 4.

I. DATOS IDENTIFICATORIOS – INGRESO A LA MUESTRA

1. ¿Cuál es su edad? (Anotar número)

18-27	40-49
1	2

2. SEXO

Varón	Mujer
1	2

3. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que cursó?

Sin estudios	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario Incompleto	Terciario Completo	Universitario incompleto	Universitario completo	Posgrado
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hasta secundario incompleto				Secundario completo y más					
1				2					

4. En alguna oportunidad, ¿hizo un aborto? Una sola respuesta

SÍ	NO	No sabe	No contesta
1	2	98	99
¿Cuántos? Anotar número		AGRADECER Y CONCLUIR	

II. TRAYECTORIA AFECTIVA Y SEXUAL

Quisiera conversar con Ud. sobre algunas de las personas con las que tuvo relaciones sexuales a lo largo de su vida: la primera con la que tuvo sexo, las dos que más duraron, la última (que puede o no ser su pareja actual), y la que Ud. considere, sea por el motivo que sea, la más importante.

ENTREVISTADOR/A: Una vez leída la consigna anterior, establezca sobre cuál/es pareja/s va a contestar el/la entrevistado/a y pregúntele un nombre (real o de fantasía) para cada una.

Pareja	¿Cómo la llamará?
II.PIN. PAREJA DE INICIACIÓN SEXUAL	
II.PP1. PAREJA PROLONGADA1	
II.PP2. PAREJA PROLONGADA2	
II.PU. PAREJA ÚLTIMA/ ACTUAL	
II.PIM. PAREJA MÁS IMPORTANTE	
TOTAL DE PAREJAS: (Indicar número)	

II.PIN. PAREJA DE INICIACIÓN SEXUAL (REPLICAR CON LAS PAREJAS QUE CORRESPONDAN)

Recuerdo de la experiencia

Hablemos sobre su primera relación sexual. ¿Cuándo y cómo fue? ¿Cuál era el sexo de la persona con la que tuvo su primera relación sexual? ¿Cuál era su edad en el momento de la primera relación sexual? ¿Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

ENTREVISTADOR/A: Dejar hablar. Consignar si el vínculo amoroso se dio luego de haber tenido sexo, o viceversa. Prestar atención para identificar si hubo alguna forma de coerción o violencia.

Situación educativa

¿Ud. estudiaba en la época en la que tuvo su primera relación sexual? ¿Qué estudiaba? ¿Estudiaba la persona con la que tuvo su primera relación sexual? ¿Qué estudiaba?

Situación laboral

En esa época ¿Ud. trabajaba?, ¿Cuál era el trabajo? Y la persona con la que tuvo su primera relación sexual ¿Trabajaba? ¿Cuál era el trabajo?

Tipo de relación

La persona con la que tuvo su primera relación sexual, ¿era su novio/a, su marido/ esposa, una pareja circunstancial, un/a amante... (Dejar abierta la pregunta)? ¿Cómo se conocieron?

Con esa pareja ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que empezaron a salir hasta que tuvieron relaciones sexuales? ¿Cómo fue que, después de ese tiempo, llegaron a tener relaciones sexuales? ¿Dónde fue la primera relación sexual?

ENTREVISTADOR/A: Dejar hablar. Prestar atención, identificar si hubo alguna forma de coerción o violencia.

Sentimientos asociados a la primera relación sexual espontáneos y sugeridos

Después de lo que hablamos sobre la primera relación sexual, ¿cómo la definiría? Dígame las palabras que se le ocurran.

Anticoncepción en la primera relación sexual

Antes de la primera relación sexual, ¿ustedes conversaron sobre cómo evitar un embarazo?

En esa primera vez, ¿ustedes tomaron algún cuidado para evitar un embarazo?

Si no: ¿Por qué no? ¿Se le ocurrió en algún momento que se podía producir un embarazo en esa relación sexual? ¿Estaba embarazada, buscaba quedar embarazada o por algún otro motivo?

Si sí: ¿Cuál/es? ¿Se le ocurrió en algún momento que se podía producir un embarazo en esa relación sexual?

ENTREVISTADOR/A: Si las siguientes preguntas se desprenden del relato, no las vuelva a formular. Márquelas directamente. Si las siguientes preguntas no se desprenden del relato, fórmúlelas como pautas de profundización de una entrevista.

En una palabra ¿Por qué eligió ese método? ¿Cómo aprendió a usarlo? ¿Se sintió seguro/a?

	Anotar método usado	¿Por qué eligió ese método?	¿Cómo, a través de quién o quienes aprendió a usarlo?	¿Se sintió seguro/a con ese método?		
		Anotar en fila método elegido	Anotar en fila método elegido	Circular respuesta en fila método elegido		
Anticonceptivos orales	1			SI	NO	NS/NC
DIU	2			SI	NO	NS/NC
Preservativo masculino	3			SI	NO	NS/NC
Anticoncepción de emergencia/ Píldora del día después	4			SI	NO	NS/NC
Diafragma	5			SI	NO	NS/NC
Esponja con espermicida	6			SI	NO	NS/NC
Gel y crema espermicida	7			SI	NO	NS/NC
Hormonales inyectables	8			SI	NO	NS/NC
Métodos rítmicos y/o billings	9			SI	NO	NS/NC
Óvulos espermicidas	10			SI	NO	NS/NC
Preservativo femenino	11			SI	NO	NS/NC
Retiro voluntario, <i>coitus interruptus</i>	12			SI	NO	NS/NC
Otro (especificar)				SI	NO	NS/NC
Ninguno (estaba embarazada)		-	-	-	-	-
Ninguno (estaba buscando tener hijos)		-	-	-	-	-
Ninguno (por otro motivo)		-	-	-	-	-
No recuerda	96	-----	-----	--	--	--
NS/NC	99	-----	-----	--	--	--

En esa primera vez ¿Quién de los dos se ocupó más para evitar un posible embarazo: usted, él/ella, los dos o ninguno? Y durante su relación con esa pareja, diría Ud. que hablaron mucho sobre cómo prevenir embarazos, hablaron algo pero no demasiado, o no hablaron nada?

Durante su relación con esa pareja ¿Quién se ocupó más del tema anticonceptivo: usted, él/ella, los dos o ninguno? ¿Usó anticoncepción de emergencia (también llamada “píldora del día después”)?

Si sí: ¿En qué circunstancias? ¿Cómo la consiguió? Profundizar si farmacia o médico/a. ¿Se sintió segura? ¿Tuvo algún síntoma? ¿Cuál?. Si no: ¿Por qué? Profundizar: porque no tuvo situación de “emergencia”, porque la situación se resolvió de otra manera.

Anticoncepción con otras personas durante pareja de la primera relación sexual

Durante la relación con esa pareja ¿Tuvo sexo con otras personas? ¿Usó algún método de protección? ¿Cuál? ¿Por qué eligió ese método? ¿Quedó embarazada? Profundizar si abortó. Profundizar tipo de relación, diferencia de edad, de género, prostitución.

Embarazo/ aborto

Con esa pareja que me estaba contando: ¿Ud./ella quedó embarazada alguna vez? ¿Pensó en interrumpir algún embarazo? Dejar hablar. Prestar atención y profundizar las asociaciones, comentarios, etc. que dispara la pregunta. ¿Qué sucedió con ese embarazo en el que pensó en interrumpir/ abortar?

III. ABORTO: TRAYECTORIA DE DECISIONES Y CIRCUITOS RECORRIDOS

Recuerdo de esa experiencia: ¿Qué recuerda de esa experiencia? ENTREVISTADOR/A: Dejar hablar.

¿Qué edad tenía en el momento en que se realizó ese aborto? ¿Qué edad tenía él/ ella? ¿Qué hizo Ud./su pareja para interrumpir ese embarazo? ¿Dónde se hizo el aborto? PROFUNDIZAR ¿Cómo entró en contacto con el profesional o no profesional que realizó la práctica? ¿Quién/es fueron las personas acompañantes?

Contexto de la experiencia: motivos, proceso de toma de decisión

Motivos: ¿Cuáles fueron los motivos por los que llegaron a esa decisión? Diferenciar los motivos para ambos. ¿Podría contarme cómo fue ese proceso para tomar la decisión? ¿Cómo se sintió durante ese proceso para tomar la decisión? ¿Cómo cree que se sintió su pareja?

Proceso de toma de decisión: ¿Quién planteó por primera vez el tema del aborto? ¿De quién fue la decisión de abortar? ¿Diría que fue una decisión compartida entre Ud. y su pareja? Cualquiera sea la respuesta: ¿Por qué cree que fue/ no fue una decisión compartida?

¿Qué opinaba sobre el aborto en ese momento? ¿Estaba de acuerdo, estaba en desacuerdo? Independientemente de la respuesta, ¿por qué?

La decisión y la realización del aborto ¿se la contaron a otras personas o sólo lo supieron ustedes dos? ¿Influyeron esas otras personas sobre su decisión? ¿Recibieron algún tipo de ayuda económica para realizar ese aborto?

Por ese aborto, Ud. o su pareja ¿estuvo internada antes del aborto, después del aborto o antes y después del aborto? ¿Le dieron anestesia en la internación por ese aborto?

¿Hubo algún tipo de complicación por el tema legal?

IV. DECISIONES ANTICONCEPTIVAS Y LÓGICA DE USO

A todos/as los que usaron MAC - ENTREVISTADOR/A: marque la siguiente pregunta según las anteriores.

Lógica de uso de métodos anticonceptivos

Ud. me dijo que usó métodos anticonceptivos con su/s pareja/s. Ahora voy a leerle nuevamente un listado de métodos y quisiera que me conteste brevemente algunas preguntas para cada uno de ellos.

Columna A – Uso alguna vez: Desde que comenzó a tener relaciones sexuales, Ud. o su pareja usaron... para evitar embarazos? Guiada. Encuestador/a: empiece leyendo el primer método (anticonceptivos orales) y circule el código sólo si el método fue usado. Luego pase al método siguiente. Si el método no ha sido usado, pase al método siguiente.

Columna B – Uso actual: Actualmente ¿está utilizando este método anticonceptivo?. Si el método es usado actualmente, circular el código. Si el método no es usado actualmente, no circular el código y pasar a la columna siguiente.

Columna C – Abandono: Para los métodos anticonceptivos que la entrevistada o la pareja usó para prevenir embarazos pero no utiliza actualmente, preguntar: ¿Por qué dejó de usar este método anticonceptivo?. Anotar textualmente.

Columna D – Problemas: ¿Tuvo algún problema con ese método? ¿Cuál/es? Circule el código si la respuesta es positiva.

Columna E – Acompañamiento médico: ¿Tuvo acompañamiento médico? Circule el código si la respuesta es positiva.

Columna F - ¿Considera que sabía usarlo correctamente o estaba inseguro/a? Circule el código si la respuesta es positiva.

Columna G - ¿Alguna vez el método le falló? Circule el código si la respuesta es positiva.

Columna H - ¿Alguna vez sintió miedo por el método? Circule el código si la respuesta es positiva.

Columna I - ¿Discutió con su pareja por ese método? Circule el código si la respuesta es positiva.

Métodos Anticonceptivos	A Uso alguna vez	B Uso actual	C Motivos de abandono	D Problemas	E Acomp. médico	F Uso correcto	G Falló alguna vez	H Miedo por método	I Discutió con pareja
Anticonceptivos orales	1	1		1	1	1	1	1	1
DIU	2	2		2	2	2	2	2	2
Preservativo masculino	3	3 Preguntar: ¿Lo usa también para prevenir el VIH/SIDA? SI(1)NO(2) NS/NC(99)		3	3	3	3	3	3
Anticoncepción de emergencia/ Píldora día después	4	4		4	4	4	4	4	4
Diafragma	5	5		5	5	5	5	5	5
Esponja con espermicida	6	6		6	6	6	6	6	6
Gel y crema espermicida	7	7		7	7	7	7	7	7
Hormonales inyectables	8	8		8	8	8	8	8	8
Ligadura de trompas	9	9		9	9	9	9	9	9
Métodos rítmicos y/o billings	10	10		10	10	10	10	10	10
Óvulos espermicidas	11	11		11	11	11	11	11	11
Preservativo femenino	12	12 ¿Lo usa también para prevenir el VIH/SIDA? SI(1)NO(2) NS/NC(99)		12	12	12	12	12	12
Retiro voluntario, <i>coitus interruptus</i>	13	13		13	13	13	13	13	13
Vasectomía	14	14		14	14	14	14	14	14
Ninguno	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anticoncepción de emergencia/ Píldora del día después: Con relación a la anticoncepción de emergencia (también llamada “píldora del día después”), ¿hay alguna situación, no mencionada hasta ahora, en que Ud./su pareja la haya utilizado? Una sola respuesta. Profundizar circunstancias. Cuánto tiempo pasó hasta que tomó la primera pastilla. ¿Conoce alguna otra persona que la haya utilizado? Una sola respuesta.
Si sí: ¿Cómo fue la experiencia? Profundizar circunstancias.

Ligadura tubaria: Si la entrevistada o la pareja del entrevistado se hizo ligadura. ¿Qué edad tenía cuando se hizo la ligadura? ¿Lo decidió Ud.? ¿Por qué optó por la ligadura? Profundizar. ¿Pagó por la ligadura? Su pareja en el momento en que se hizo la ligadura, ¿estuvo de acuerdo con la decisión?

Vasectomía: Si el entrevistado o la pareja de la entrevistada se hizo una vasectomía. ¿Qué edad tenía cuando se hizo la vasectomía? ¿Lo decidió Ud.? ¿Por qué optó por la vasectomía? Profundizar. ¿Pagó por la vasectomía? Su pareja en el momento en que se hizo la vasectomía, ¿estuvo de acuerdo con la decisión?

Viagra y otros: ¿Conoce el viagra? ¿Ya usó/ Ya usó alguna pareja? ¿En qué situación? ¿Quién era el/ la compañero/a?

V. ABORTO FUERA DE LAS PAREJAS MENCIONADAS

Además de los abortos que mencionó, ¿tuvo otros con otras parejas o relaciones?

Si sí: ¿Cuál era la relación con esa persona...?

Recuerdo de esa experiencia

¿Qué recuerda de esa experiencia?. Dejar hablar.

¿Qué edad tenía en el momento en que se realizó ese aborto? ¿Qué edad tenía él/ ella?

¿Qué hizo Ud./su pareja para interrumpir ese embarazo? ¿Dónde se hizo el aborto?

PROFUNDIZAR si pasó o no por el circuito médico. ¿Cómo entró en contacto con el profesional o no profesional que realizó la práctica? ¿Quién/es fueron las personas acompañantes?

Contexto de la experiencia: motivos, proceso de toma de decisión

Motivos: ¿Cuáles fueron los motivos por los que llegaron a esa decisión?. Diferenciar los motivos para ambos.

¿Podría contarme cómo fue ese proceso para tomar la decisión? ¿Cómo se sintió durante ese proceso para tomar la decisión? ¿Cómo cree que se sintió su pareja?

Proceso de toma de decisión: ¿Quién planteó por primera vez el tema del aborto? ¿De quién fue la decisión de abortar? ¿Diría que fue una decisión compartida entre Ud. y su pareja? Cualquiera sea la respuesta: ¿Por qué cree que fue/ no fue una decisión compartida?

¿Qué opinaba sobre el aborto en ese momento? ¿Estaba de acuerdo, estaba en desacuerdo? Independientemente de la respuesta, ¿por qué?

La decisión y la realización del aborto ¿se la contaron a otras personas o sólo lo supieron ustedes dos? ¿Influyeron esas otras personas sobre su decisión? ¿Recibieron algún tipo de ayuda económica para realizar ese aborto?

Por ese aborto, Ud. o su pareja ¿estuvo internada antes del aborto, después del aborto o antes y después del aborto? ¿Le dieron anestesia en la internación por ese aborto?

¿Hubo algún tipo de complicación por el tema legal?

VI. TRAYECTORIA FAMILIAR Y PERSONAL

Antes de concluir, quisiera hacerle algunas preguntas más sobre usted y su familia, y sobre distintos aspectos de su historia (educación, trabajo) y cómo estos aspectos influyeron –o no– en su vida afectiva y sexual, es decir, en sus historias de pareja y otras relaciones amorosas, su sexualidad, anticoncepción, embarazos e interrupción de embarazo. Cuando digamos “vida afectiva y sexual” nos referimos en general a todos estos temas de los que hemos venido hablando.

Lugar de nacimiento: 1. ¿En qué ciudad nació?

Lugar de residencia actual: 2. ¿En qué ciudad vive actualmente?

ENTREVISTADOR: Sólo si las ciudades de las preguntas 1 y 2 son distintas, preguntar: 3. ¿En qué año se fue a vivir a... (Indicar ciudad de residencia actual)?

Situación y trayectoria de residencia

4. ¿Usted se definiría como porteño/a (persona de la Ciudad de Buenos Aires), como “del Gran Buenos Aires” o “del interior”, o ninguna de esas cosas? Profundizar.

5.1. ¿Considera que haber cambiado de lugar de residencia/ no haber cambiado su lugar de residencia (mencionar según corresponda) ha tenido influencia (muchísima influencia, alguna influencia o ninguna influencia) en su vida afectiva y sexual? Una sola respuesta.

Muchísima influencia	Alguna influencia	Ninguna influencia	NS/NC
3	2	1	99

5.1.1. ¿Cómo influyó? ¿Por qué? ¿En qué sentido?

5.2. Y viceversa, ¿Considera que su vida afectiva y sexual ha tenido influencia (muchísima influencia, alguna influencia o ninguna influencia) en haber cambiado de lugar de residencia / no haber cambiado su lugar de residencia (mencionar según corresponda)? 5.2.1. ¿Cómo influye o influyó? ¿Por qué? ¿En qué sentido?

Origen geográfico y social de la familia

Ahora vamos a hablar sobre su familia, empezando por sus padres. **ENTREVISTADOR:** cualquier aspecto suplementario que surja en las respuestas y que parezca relevante, anotarlo por las dudas.

6. Su padre y su madre, ¿eran argentinos de la Ciudad de Buenos Aires, del Gran Buenos Aires, del interior del país o inmigrantes?

7. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que cursó su padre?

8. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que cursó su madre?

9. Cuando vivía con sus padres/ o si aún vive, ¿la situación económica de ellos era/es muy buena, buena, mala o muy mala?

10. Su situación económica actual ¿es muy buena, buena, mala o muy mala? Una sola respuesta.

11.1. ¿Considera que su situación económica tuvo mucha influencia, alguna influencia o ninguna influencia en su vida afectiva y sexual?

11.1.1. ¿En qué sentido? ¿Cómo influye o influyó? ¿Por qué?

11.2. Y viceversa, ¿considera que su vida afectiva y sexual tuvo mucha influencia, alguna influencia o ninguna influencia en su situación económica?

11.2.1. ¿En qué sentido? ¿Cómo influye o influyó? ¿Por qué?

Situación y trayectoria habitacional

12 ¿La vivienda en la que Ud. vive es... (leer opciones o marcar de acuerdo a la visualización)?. Una sola respuesta.

Una casa	Una casilla o rancho	Un departamento	Una pieza/s en inquilinato, en hotel o pensión	Un hogar o asilo	No tiene un lugar fijo para vivir	Vive en la calle	Otro (Esp.:)	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	99

13. ¿Y esa vivienda es...?

Propia	De sus padres	De amigos	De su pareja	Alquilada	Prestada	Cedida por trabajo	Ocupada de hecho	Otra situación (esp.)	NS/NC
1	2	3	4	5	6	7	8	9	99

14. ¿Considera que los lugares donde usted vivió o vive (tipo y tamaño de la vivienda, etc.) han tenido influencia (muchísima influencia, alguna influencia o ninguna influencia) en su vida afectiva y sexual? ¿Por qué? ¿Cómo?

14. b. Y viceversa, ¿considera que su vida afectiva y sexual tuvo mucha influencia, alguna influencia o ninguna influencia en las decisiones sobre los lugares en que reside o residió? ¿Por qué? ¿Cómo?. Dejar hablar.

15. ¿Cuál es su estado civil actual? Una sola respuesta.

Soltero/a	Casado/a	Unido/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a	NS/NC
1	2	3	4	5	6	99

16. ¿Tiene hijos/as?/ ¿Cuántos?.....

Situación educacional

1. Actualmente, ¿usted está estudiando o haciendo algún curso?

2.1. ¿Considera que sus estudios tuvieron influencia (muchísima influencia, alguna influencia o ninguna influencia) en su vida afectiva y sexual? ¿Por qué? ¿Cómo?. Dejar hablar.

2.2. Y viceversa, ¿considera que su vida afectiva y sexual tuvo o tiene influencia (muchísima influencia, alguna influencia o ninguna influencia) en el nivel de estudios que usted logró alcanzar? ¿Por qué? ¿Cómo?.

2.2.2. Por cuestiones relacionadas con su vida afectiva y sexual, usted... (puede ser más de una opción)

Repitió algún año	Abandonó sus estudios	No pudo empezar a estudiar	Se le complicó estudiar	Se puso a estudiar
1	2	3	4	5

Situación ocupacional

3. ¿Usted está trabajando, o ejerciendo alguna actividad remunerada? ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo hace? ¿Está satisfecho con su trabajo?

4. ¿Tuvo ante otros empleos o actividades remuneradas? ¿Cuáles fueron los dos principales, los empleos u ocupaciones por más largo tiempo?/ ¿Cuáles?

5. ¿Cuántas personas contribuyen económicamente al ingreso en su hogar? (Anotar nº).....

6. Recibe usted algún tipo de subsidio?

Relación de dependencia

7. ¿Usted depende de la ayuda económica de alguien?

7.1. Si Sí, ¿de quién o quiénes proviene la ayuda? (respuesta múltiple)

Pareja	Al menos un/a hijo/a	Padre o madre o ambos	Suegro/a o ambos	Amigo/a	Otros (esp.)	NS/NC
1	2	3	4	5	6	99

7.2. ¿Considera que este hecho ha tenido influencia en su vida sexual y afectiva?

8. ¿Hay otras personas que dependan económicamente de Ud.?

8.1. Si Sí, ¿quiénes? (respuesta múltiple)

Pareja	Al menos un/a hijo/a	Padre o madre o ambos	Suegro/a o ambos	Amigo/a	Otros (esp.)	NS/NC
1	2	3	4	5	6	99

8.2. ¿Considera que este hecho ha tenido influencia en su vida sexual y afectiva?

9. ¿Cuál es su cobertura de salud?

Sólo va al hospital público	Sólo se atiende por obra social	Sólo se atiende por prepaga	Obra social y prepaga	PAMI	Otros (esp.)	NS/NC
1	2	3	4	5		99

Religión

1. ¿Cree Ud. en Dios?

2. ¿En qué religión usted fue criada/o? Puede ser múltiple (tabla en pta.3).

3. Actualmente, ¿cuál es la religión o culto que usted practica? Puede ser múltiple.

	Religión en la que fue criado Pta. 2	Religión que practica actualmente- Pta. 3
Católica	1	1
Musulmán	2	2
Protestante	3	3
Evangélico	4	4
Pentecostal	5	5
Espiritista	6	6
Judía	7	7
Otras (especificar)	8	8
Ninguna	97	97
No sabe	98	98
No contesta	99	99

4. ¿Con qué frecuencia va usted a la iglesia o al templo? Una sola respuesta.

Más de una vez veces a la semana	Una vez a la semana	2 ó 3 veces al mes	Una vez al mes	Muy raramente	Nunca
6	5	4	3	2	1

5. ¿Considera que la religión ha tenido mucha influencia, alguna influencia o ninguna influencia en su vida afectiva y sexual? Cualquiera haya sido la respuesta. ¿Por qué? ¿Cómo?. Dejar hablar.

5b. Y viceversa, ¿Considera que su vida afectiva y sexual ha tenido mucha influencia, alguna influencia o ninguna influencia en el modo en que Ud. se vincula o vinculó con la religión?

5b1. Cualquiera haya sido la respuesta. ¿Por qué? ¿Cómo?. Dejar hablar.

Llegamos al final de la entrevista, ¿a usted le gustaría agregar algo que cree importante y que no se haya preguntado? ¿Y qué piensa de la entrevista?

ANEXO V

Características de la muestra

	Trayectorias de no cuidado anticonceptivo	Trayectorias de cuidado con MAC tradicionales	Trayectorias de cuidado con MAC modernos (preservativo)	Trayectorias de cuidado con MAC modernos (varios)
Sexo				
Femenino	6	2	5	15
Masculino	1	3	7	14
Total	7	5	12	29
Edad				
18	1	-	1	-
19	-	-	-	-
20	-	-	-	1
21	-	-	1	1
22	-	-	-	1
23	-	-	1	-
24	-	-	3	-
25	-	-	1	2
26	1	-	1	1
27	1	1	4	6
40	2	-	-	3
41	1	-	-	1
42	-	-	-	1
43	-	1	-	1
44	-	-	-	1
45	-	2	-	-
46	-	1	-	1
47	-	-	-	2
48	-	-	-	3
49	1	-	-	4
Total	7	5	12	29
Nº de hijos				
No tiene	1	1	5	12
1	-	-	4	5
2	-	3	2	8
3	1	-	1	4
4	1	-	-	-
5	2	-	-	-
6 y más	2	1	-	-
Total	7	5	12	29
Nº de abortos				
1	4	4	11	17
2	2	1	1	9
3	1	-	-	2
4	-	-	-	1
Total	7	5	12	29

	Trayectorias de no cuidado anticonceptivo	Trayectorias de cuidado con MAC tradicionales	Trayectorias de cuidado con MAC modernos (preservativo)	Trayectorias de cuidado con MAC modernos (varios)
Nivel educativo del entrevistado				
Primario incompleto	1	1	-	1
Primario completo	3	-	-	-
Secundario incompleto	3	2	8	4
Secundario completo	-	-	1	3
Terciario incompleto	-	-	-	3
Terciario completo	-	-	-	1
Universitario incompleto	-	1	1	5
Universitario completo	-	1	-	8
Postgrado	-	-	2	4
Total	7	5	12	29
Nivel educativo del padre				
Sin estudios	-	-	1	-
Primario incompleto	2	2	-	2
Primario completo	5	1	3	4
Secundario incompleto	-	-	5	4
Secundario completo	-	1	1	3
Terciario incompleto	-	-	-	-
Terciario completo	-	-	-	1
Universitario incompleto	-	1	-	3
Universitario completo	-	-	2	9
Postgrado	-	-	-	2
No sabe	-	-	-	1
Total	7	5	12	29
Nivel educativo de la madre				
Sin estudios	-	-	-	1
Primario incompleto	2	3	1	1
Primario completo	5	-	3	5
Secundario incompleto	-	-	4	2
Secundario completo	-	-	2	8
Terciario incompleto	-	-	-	-
Terciario completo	-	2	-	4
Universitario incompleto	-	-	1	-
Universitario completo	-	-	1	6
Postgrado	-	-	-	2
Total	7	5	12	29
Situación ocupacional al momento de la entrevista				
Trabaja	5	4	11	24
No trabaja	2	1	1	5
Total	7	5	12	29
Evaluación situación económica al momento de la entrevista				
Muy buena	-	-	1	-
Buena	3	3	6	26
Regular	2	-	2	1
Mala	2	2	3	2
Muy mala	-	-	-	-
No responde	-	-	-	-
Total	7	5	12	29
Dependencia económica de otro/a persona				
Sí	2	1	2	3
No	5	4	10	26
Total	7	5	12	29

	Trayectorias de no cuidado anticonceptivo	Trayectorias de cuidado con MAC tradicionales	Trayectorias de cuidado con MAC modernos (preservativo)	Trayectorias de cuidado con MAC modernos (varios)
Cobertura de salud				
Hospital público	7	4	4	3
Sólo obra social	-	-	5	6
Medicina prepaga	-	-	1	12
Obra social y prepaga	-	1	1	7
PAMI	-	-	-	1
Privado particular			1	-
Total	7	5	12	29
Lugar de residencia				
CABA	-	1	6	20
GBA	7	4	6	9
Total	7	5	12	29
Cree en Dios				
Sí	7	4	8	13
No	-	1	4	16
Total	7	5	12	29
Religión en la que fue criado				
Católica	6	5	8	23
Musulmán	-	-	-	-
Protestante	-	-	-	-
Evangélico	1	-	2	-
Pentecostal	-	-	-	-
Espiritista	-	-	-	-
Judía	-	-	-	-
Otras	-	-	-	-
Ninguna	-	-	2	6
Total	7	5	12	29
Religión que practica en la actualidad				
Católica	5	3	4	11
Musulmán	-	-	-	-
Protestante	-	-	-	-
Evangélico	2	-	2	-
Pentecostal	-	-	-	-
Espiritista	-	-	-	-
Judía	-	-	-	-
Otras	-	-	-	-
Ninguna	-	2	6	18
Total	7	5	12	29
Frecuencia de asistencia a iglesia o templo				
Más de una vez a la semana	-	-	1	-
Una vez a la semana	1	-	-	-
2 ó 3 veces al mes	1	-	-	1
Una vez al mes	1	-	1	2
Muy raramente	3	3	3	5
Nunca	1	2	7	21
Total	7	5	12	29