XV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Del pañuelo verde al Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la IVE.

Sofía Belén Ferrero (UNM.

Cita:

Sofía Belén Ferrero (UNM (2023). *Del pañuelo verde al Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la IVE. XV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-025/70

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

Del pañuelo verde al Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la IVE

Lic. Sofía Belén Ferrero
sferrero@unm.edu.ar

I. Introducción

En esta ponencia propongo un abordaje sociotécnico del *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo,* elaborado por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Este documento de política pública fue editado en el año 2021 y actualizado en 2022. Se encuentra publicado en el sitio oficial del Ministerio de Salud de la Nación, junto a otras normativas vinculadas a procedimientos e instituciones médicas como el programa nacional de control de la tuberculosis, el esquema de actuación frente al SARS-CoV-2 o el protocolo de manejo inicial de ataques cerebrovasculares. El objetivo de este tipo de documentos es homogeneizar el acceso a un procedimiento y establecer criterios uniformes de atención. En el protocolo que aborda este trabajo se describe el procedimiento de atención a personas embarazadas que deseen abortar en centros de salud públicos y privados.

Una vía clínica no puede pautar la totalidad de las interacciones en centros de salud, sin embargo, analizarla nos permite caracterizar los actores, técnicas y dinámicas que contempla y, por ende, habilita. Sostengo que el protocolo que regula la aplicación de la ley 27.610, aprobada el 30 de diciembre de 2020, constituye un artefacto sociotécnico y moviliza tanto conocimiento médico certificado como saberes locales acumulados por activistas y usuarias. En ese sentido, el objetivo de este trabajo es identificar qué clausuras y estabilizaciones propone el protocolo, observando los imaginarios, alianzas y expertises que intervinieron en su elaboración..

II. Abordaje conceptual

Describir los imaginarios, expertises y actores movilizados en la elaboración del *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo* requiere reconstruir su trayectoria sociotécnica. Para hacerlo, no podemos considerar los factores sociales por un lado y los factores tecnológicos/médicos por otro; sino que debemos abordarlos integralmente ya que co-evolucionan (Nelson, 1994) o se coproducen (Bijker y Pinch, 1984). Cuando se modifica alguno de los elementos que constituyen un ensamble sociotécnico, se generan cambios tanto en el sentido y funcionamiento de una tecnología como en las relaciones sociales a las que se vincula. Este punto de partida conceptual evitará que interpretemos -erróneamente- que el protocolo transforma linealmente las prácticas sociales, así como tampoco podemos considerar que el desarrollo de las tecnologías médicas está determinado exclusivamente por factores sociales.

Una trayectoria sociotécnica (Thomas, 2008) implica un proceso de co-construcción de problemas-solución, alianzas, intervenciones de actores y construcciones de funcionamiento o no funcionamiento que dan lugar a la estabilización o cambio de una tecnología. Como herramienta analítica, la trayectoria sociotécnica nos permite reconstruir las distintas configuraciones de las que forma parte una tecnología, junto a las estrategias a través de las cuales los actores le dan sentido acorde a sus racionalidades, intereses y estrategias.

Lejos de ser neutral, la aplicación de conocimientos y el uso de tecnologías por parte de determinados grupos sociales relevantes implica la adecuación de medios a fines, adaptaciones, restricciones del escenario y respuestas al accionar de terceros (Thomas, 1999).

Con el objetivo de identificar qué clausuras y estabilizaciones propone el protocolo, en este trabajo se analizará su trayectoria sociotécnica en dos fases: la primera se sitúa en 2010 con la publicación del documento titulado *"Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles"* y la segunda fase se sitúa doce años más tarde en simultáneo a la última edición del *"Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo"*. Por supuesto, más allá de estas dos fotografías o momentos, la legalización, regulación y aplicación de la IVE como tratamiento médico fue un proceso dinámico y para nada lineal. A sabiendas de que no se trata de un proceso estático ni permanente, en este trabajo observaremos como se construyó el funcionamiento (Bijker, 1997) de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Las concepciones particulares acerca de qué son y cómo deben funcionar la IVE y la ILE se relacionan con visiones de futuro deseables que son motorizadas por lecturas compartidas acerca de la vida social. Estos horizontes compartidos son al mismo tiempo posibilitadoras y alcanzables a través de avances en ciencia y tecnología. Los imaginarios sociotécnicos (Jasanoff y Kim, 2009, 2013) son sostenidos colectivamente, estabilizados institucionalmente y realizados públicamente. Esta noción nos permite capturar las visiones compartidas por los actores acerca de la tecnociencia y el orden social que moldearon el modo en el cual el protocolo se empapó de significados, roles y propósitos asignados a la ciencia y la tecnología en Argentina; lo cual se vincula a concepciones más amplias de identidad nacional, historia y futuro.

El concepto de ciudadanía sociotécnica (Thomas, 2009) nos permite abordar los modos en los cuales se movilizan tradiciones locales y expertas, valores, saberes tácitos compartidos. Esta noción implica la ampliación del espacio público al considerar que las dinámicas de inclusión y exclusión tanto en el diseño como en el acceso a tecnologías están atravesadas por lo político. Los ensamblajes sociotécnicos son entonces contingentes y están atravesados por múltiples factores pero no podemos excluir del análisis la dimensión del poder y las alianzas estratégicas que se dan entre distintos grupos sociales relevantes.

Incluir las prácticas colectivas de ciudadanía sociotécnica en el análisis permite considerar la participación que tuvieron tanto usuarias como profesionales en la elaboración de este protocolo. En ese sentido, resultan relevantes las nociones de participación activista y participación marginal (Invernizzi, 2020) para analizar cómo se encauzó la participación pública vinculada al aborto en Argentina. Invernizzi sostiene que, mientras la participación activista disputa las trayectorias de los artefactos tecnocientíficos, la participación marginal o por fuera del mainstream es resultado de la exclusión y vacíos en las agendas de investigación experta.

Por último, en este trabajo la noción de expertos basados en la experiencia (Collins y Evans, 2002) nos permitirá entender los modos en los cuales se construye expertise sociotécnica específica a través de vías no avaladas por la academia. Collins y Evans discuten la extensión de la noción de expertise y sostienen que se le puede atribuir no solo

a los analistas, sino también a los actores. Atribuir expertise a algunas de las actoras que formaron parte de la Campaña Nacional por el Aborto Legal Seguro y Gratuito y cuyos conocimientos sobre aborto no están certificados por ninguna institución nos puede servir para entender su papel en el diseño de instrumentos de política pública destinados a regular una técnica que conocen. En ese sentido, este concepto nos permite analizar en qué medida las activistas intervinieron en el encuadre del problema a partir de sus conocimientos situados y locales.

III. Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles

La Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles tuvo dos ediciones, la primera en el año 2007 y la segunda en 2010. Mientras que la publicación del año 2007 fue elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (creado en el año 2003, a partir de la sanción de la ley nacional 25.673), la versión publicada en 2010 menciona, además, a la Subsecretaría de Salud Comunitaria y la Coordinación General de Información Pública y Comunicación. Antes de esta guía no existía ningún lineamiento de salud pública que se ocupara de esta práctica.

Para este trabajo seleccioné la segunda edición ya que incluye un breve prólogo del cual podemos extraer información acerca de las estrategias e imaginarios de los actores involucrados en la elaboración de estas pautas. El documento, publicado desde el Ministerio de Salud de la Nación, se ajusta al formato de una vía clínica en la cual se indican las recomendaciones de práctica médica en los casos en los cuales abortar era considerado legal.

La guía contiene una primera parte destinada a esclarecer aspectos legales y una segunda parte que se ocupa de los aspectos médicos. Teniendo en cuenta que su publicación es previa al fallo F.A.L, dictado en 2012 por la Corte Suprema, resulta novedoso que ya desde 2010 se le sugiriera al personal de salud que no exija denuncia legal ni judicialice la intervención. De hecho, establece la *no judicialización* como un principio y afirma que es competencia exclusiva de los médicos tratantes decidir si el caso se encuadra en las previsiones vigentes..

Si bien desde la reforma del Código Penal de 1921 se encontraban reconocidas tres causales por las cuales la interrupción de embarazos era legal en Argentina (la normativa fue dejada sin efecto y reincorporada varias veces al código penal hasta que en 1984 vuelve a tener vigencia) este derecho no fue explícitamente regulado por organismos de salud hasta la publicación de la guía. En ese sentido, este documento tiene el objetivo de intervenir sobre la implementación de políticas públicas y lo hace inscribiéndose en una tradición local de pensamiento y práctica social.

> En el ejercicio de este derecho se ponen en juego numerosos derechos humanos como la igualdad, la autodeterminación, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación. Por consiguiente, el derecho de las mujeres de acceder a los abortos previstos por el Código Penal constituye propiamente un derecho humano de orden constitucional. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p.4)

La guía, entonces, interviene en la dinámica sociotécnica alrededor del aborto al mismo tiempo que se inscribe en un modo aceptado de razonamiento público en Argentina, esto es, la tradición de Derechos Humanos. El material, destinado a equipos sanitarios, está embebido de una identidad institucional, una historia nacional y una tradición de intervención política. No carece de importancia que este aspecto se encuentre explicitado.

Las usuarias que contempla la guía, como ya dijimos, son mujeres que puedan encuadrarse en las tres causales aceptadas en ese momento por la normativa vigente. Es decir, peligro para la vida o la salud de la mujer, si el embarazo fuera producto de una violación o si fuera un atentado contra el pudor de una mujer con discapacidad intelectual. Partiendo de estas situaciones contempladas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación, la guía técnica habilita a que profesionales de la medicina constaten como causal de aborto no punible situaciones que afecten la salud física, psíquica y social de las personas que solicitan acceder a la técnica. Es decir, la primera causal de aborto no punible -a partir de esta guía- no se limita a enfermedades o afecciones físicas, sino que considera la salud de manera integral incluyendo aspectos psicológicos y sociales. Para hacerlo, recurre a citar el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de la Organización Mundial de la Salud. Lo médico y lo legal, indisociablemente unidos, se entrelazan y co-construyen en este documento.

Considero que esta guía es tanto una estabilización de la normativa vigente como una negociación, ya que se operativiza una práctica contemplada (pero no garantizada) legalmente al mismo tiempo que se amplía el alcance de la noción de salud, incluyendo nuevos conocimientos y valores compartidos por la comunidad sanitaria internacional que no estaban contemplados en la redacción de 1921.

La guía establece la necesidad de una consulta pre-aborto, la elaboración de una historia clínica, la importancia de establecer la edad gestacional y de condiciones de salud pre-existentes. Además, se menciona la importancia de establecer una comunicación no expulsiva ni demasiado técnica por parte de los equipos de salud, destacando la necesidad de contemplar las necesidades específicas de poblaciones adolescentes, minoritarias o en situaciones de vulnerabilidad. El problema que busca solucionar esta guía es la mortalidad materna y para ello, propone como solución la atención integral de pacientes que puedan encuadrarse en las tres causales admitidas legalmente en ese momento. Las usuarias de la técnica son configuradas al interior del documento como pacientes y si bien, como dijimos, se destaca la necesidad de que comprendan en qué consiste la intervención, no hay muchas más instancias que el consentimiento informado para dar cuenta de su ciudadanía sociotécnica.

El documento sugiere además *métodos preferidos* para llevar a cabo el procedimiento. Mientras que en primer lugar se sugiere la aspiración al vacío manual o eléctrica llevada a cabo por personal entrenado; en tercer lugar se sugiere el uso de medicamentos como Mifeprestone, Misoprostol o Gemeprost, aclarando que su disponibilidad era limitada entonces y que se encontraban en proceso de investigación pero, sin embargo, indicando las dosis y vías de administración de estas drogas. Se indica que si el profesional no tiene un entrenamiento supervisado adecuado y un número de casos suficiente para mantener sus habilidades, debe elegirse la opción de aborto con medicamentos. La mención de los medicamentos abortivos se hace citando documentos de la Organización Mundial de la Salud e investigaciones llevadas a cabo por asociaciones civiles integradas por

profesionales, citando varias veces al Royal College of Obstetricians and Gynaecologists,del Reino Unido.

La apropiación de estas indicaciones acerca de cómo llevar a cabo un aborto con medicamentos por parte de activistas en años posteriores es un aspecto sobre el que se debería indagar más para entender la construcción de expertises no certificadas en el tema. Posiblemente esta guía haya sido soporte de la primera versión de un tipo de tablas que tuvieron amplia circulación entre feministas y mujeres que buscaron abortar por fuera del sistema de salud en años posteriores. La correlación entre edad gestacional y dosis de medicamentos en un contexto de tecnificación de los debates sociales y mayor presencia de activismos feministas posibilitó el rediseño o adaptación de la ILE a usuarias que no estaban previstas en el documento.

IV. Protocolo para la atención integral de personas con derecho a acceder a la IVE

En los doce años que siguieron a la publicación de la guía, los activismos por la interrupción voluntaria del embarazo se consolidaron, se dictó el fallo F.A.L, se trató el proyecto de despenalización de la I.V.E dos veces en el Poder Legislativo y se publicaron otros cuatro manuales para la atención de abortos en el sistema de salud. Este no fue un proceso lineal ni destinado inequívocamente a finalizar en la consolidación del aborto como práctica médica legitimada. El proceso de diseño, de estrategias colectivas y de toma de decisiones que llevó a su implementación efectiva implicó negociaciones y disputas. En ese sentido, podemos decir que el protocolo es un artefacto regulatorio surgido de una controversia.

En los años previos a esta publicación, mujeres y personas con la capacidad de gestar -potencialmente usuarias o usuaries de esta tecnología- se habían organizado de forma masiva en torno al tema, disputando las condiciones en las cuales el aborto era considerado legal y reclamando acceso a la práctica por fuera de las tres causales establecidas hasta entonces. Estos colectivos construyeron junto a tradiciones de investigación como la antropología o la psicología nociones como *gestación forzada*, un equivalente a la tortura o la violación de Derechos Humanos. Se apropiaron además de otros conocimientos disponibles en el ámbito médico como el de *salud integral*, que no se restringe a los aspectos biologicistas, estas ideas cobraron mucha más visibilidad y empezaron a formar parte de la discusión pública.

Pero además, entre el 2007 y el 2020 (año en el que se aprobó la ley 27.610) las usuarias excluidas construyeron circuitos de circulación y acreditación de saberes como las consejerías, talleres de Educación Sexual Integral (ESI) y guías de elaboración propia entre las que cabe destacar "*¿Cómo hacerse un aborto seguro con medicamentos?*" elaborada por el colectivo Socorristas en Red. Este tipo de folletos, guías e instructivos incluían, en muchos casos, tablas similares a la que encontramos en la *Guía Técnica para la atención Integral de Abortos no Punibles*. Pero no se trató exclusivamente de una circulación no prevista de saberes biomédicos. Las activistas tuvieron un vínculo productivo respecto al conocimiento, ya que no sólo se apropiaron de conceptos e indicaciones relevantes para su militancia, sino que también disputaron la agenda académica al vincularse con especialistas y profesionales tanto de la medicina como de otras disciplinas. En ese sentido, la exclusión de usuarias favoreció la emergencia de expertas basadas en la experiencia. Militantes, activistas y socorristas -la mayoría de ellas sin credenciales en medicina- interiorizadas en

el tema se pusieron a disposición de una demanda que crecía por fuera del marco regulatorio, el acceso a la interrupción voluntaria de embarazos no deseados.

En este punto me gustaría destacar la negociación que hicieron las militantes respecto al framing o encuadre en el cual estaba inscrito el aborto como práctica médica. Al incluir la dimensión del deseo, disputaron las causales contempladas en la legislación vigente al mismo tiempo que le propusieron al resto de la sociedad ideas como la de *maternidad deseada*. De este modo, no solo le exigieron al Estado que les reconozca un derecho, sino que también interrogaron el imaginario de maternidad socialmente compartido. La dimensión subjetiva empezó a formar parte, al menos para un sector de la sociedad Argentina, del imaginario acerca de las prácticas médicas obstétricas.

El *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo* retoma la experiencia y el conocimiento acumulado por activistas y profesionales de la salud y, en el flujograma de atención para IVE/ILE establece que luego de la primera consulta (en la que se abre la historia clínica y se establece la edad gestacional) el siguiente paso para acceder a un aborto es la Consejería en opciones e información sobre procedimientos. Esta instancia es un espacio de información que tiene como objetivo que la persona pueda tomar decisiones autónomas y consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo, y en los casos en que los hubiera, los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones. La entrevista o consejería contempla la escucha de las personas que desean acceder a la IVE y es presentada como un intercambio de información, no unilateral. A diferencia de la consulta pre-aborto contemplada en la guía publicada en 2010, esta entrevista hace énfasis en la escucha atenta del itinerario de esa persona gestante y la necesidad de resaltar su agencia o derecho a decidir. Cabe destacar que esta instancia es un requisito para continuar con el procedimiento. Además, la elección del nombre, consejería, es deudora de los espacios de acceso a información que facilitaron las activistas durante los años previos a la legalización.

La experiencia de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en Argentina puede ser pensada también como un ejercicio de ciudadanía sociotécnica. Estas profesionales utilizaron sus conocimientos y recursos para influir en la transformación de las normas sociales, las percepciones culturales, las políticas públicas y el acceso a la información científica que, como vimos, ya existía pero se encontraba restringida a ciertos profesionales de la salud. Su estrategia consistió en incidir en el debate público a través de una estrategia centrada en la circulación de información de base científica y la alianza con militantes feministas. Al estar integradas en el sistema sanitario, tuvieron la capacidad de influir (en medida variable) en la toma de decisiones como por ejemplo la formación de equipos interdisciplinarios mientras el aborto estaba limitado a las causales reconocidas por el fallo FAL o la elaboración misma del protocolo que reglamenta este procedimiento luego de la ley 27610, redacción en la cual tuvieron una gran incidencia.

La ciudadanía sociotécnica que contempla el protocolo, entonces, recupera este conocimiento acumulado por activistas y profesionales de la salud, rebasando la formalidad del consentimiento informado y requiriendo que los equipos de salud cuenten con profesionales capaces de transmitir información acreditada al mismo tiempo que van más allá de un tono pedagógico o informativo.

> En todos los casos, y sin que esto signifique una imposición, la persona debe ser informada que hasta las 14 semanas inclusive, no es necesario que explicite las razones de la interrupción. Sin embargo, es importante no perder de vista que el espacio de consejería tiene que construirse como una instancia de escucha amplia que permita brindar atención integral y situada. El espacio de atención de una persona que solicita el aborto puede constituirse en una oportunidad de contención, orientación, asesoramiento y derivación a otros servicios en salud y articulación que ella requiera; o puede configurarse en oportunidad perdida. (Ministerio de Salud de la Nación, 2022, p.54)

El funcionamiento, en este caso, es construido no solo en torno a la reducción de la mortalidad materna. El protocolo busca estabilizar la dimensión subjetiva y la agencia de las usuarias como un aspecto al que debe atender el sistema de salud. En ese sentido, es mucho más firme que la guía del 2010 al señalar la importancia de la dimensión social y psicológica en la salud de las personas

V. Conclusiones

Si bien esta ponencia es una producción inicial en el marco de mi tesis de maestría y quedan varios aspectos por indagar como por ejemplo los lineamientos publicados entre 2010 y 2020 o la circulación de estas pautas en equipos de salud; propongo dos conclusiones centrales para este trabajo. En primer lugar, considero que la elaboración de la primera guía para la atención de abortos no punibles visibilizó la exclusión de usuarias, centralizó conocimiento disponible respecto a la técnica y fue uno de los puntos de partida de la trayectoria sociotécnica que llevó a la protocolización del aborto como práctica legal en Argentina. En segundo lugar, sostengo que el protocolo no es solo una vía clínica que indica el procedimiento de atención de personas que desean abortar, sino que es un artefacto que busca clausurar la controversia en torno al aborto, estabilizando sentidos colectivamente asignados a la práctica.

VI. Referencias bibliográficas

- Bijker, W. E. (1997). *Of bicycles, bakelites, and bulbs: Toward a theory of sociotechnical change*. MIT press.
- Bruun, H., & Hukkinen, J. (2003). Crossing boundaries: An integrative framework for studying technological change. *Social studies of science*, *33*(1), 95-116
- Collins, H.M. y R. Evans(2002) “The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience”, Social Studies of Science, 32/2, pp 235–296
- Jasanoff, Sh. (1990). The Fifth Branch. Science Advisers as Policymakers. Cambridge, Harvard University Press. Cap. 1.
- Jasanoff, S., & Kim, S. H. (2015). *Dreamscapes of modernity: Sociotechnical imaginaries and the fabrication of power*. University of Chicago Press.
- Domínguez, A. (2021). Itinerarios de mujeres que abortan con misoprostol. UNCUYO
- Invernizzi, N.(2020) “Public participation and democratization: effects on the production and consumption of science and technology”, Tapuya: Latin American Science, Technology and Society, 3:1, 227-253
- Martini, M. (2014). La dimensión performativa de las clasificaciones en las ciencias sociales. *Entramados y Perspectivas*, *4*(4), 15-34.
- Ministerio de Salud (2007). Guía técnica para la atención integral de abortos no punibles. Actualización 2010.
- Ministerio de Salud (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria legal del embarazo. Actualización 2022.
- Nelson, R. R. (1994). The co-evolution of technology, industrial structure, and supporting institutions. *Industrial and corporate change*, *3*(1), 47-63.
- Thomas, H. (2009). Sistemas tecnológicos sociales y ciudadanía socio-técnica. Innovación, desarrollo, democracia. *Culturas científicas y alternativas tecnológicas. I Encuentro Internacional*, 65-86.
- Thomas, H., & Fressoli, M. (2009). En búsqueda de una metodología para investigar tecnologías sociales. *Dagnino Renato, organizador, Tecnología Social. Ferramenta para construir outra sociedade, Editora Kaco, Campinas*, 113-137.
- Pinch, T. J., & Bijker, W. E. (1984). The social construction of facts and artefacts: Or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other. *Social studies of science*, *14*(3), 399-441.