



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Mora Augier, Carla

Derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales : la salud sexual en el sistema público de Tucumán (2002-2020)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Mora Augier, C. (2025). *Derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales: la salud sexual en el sistema público de Tucumán (2002-2020)*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/5750>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales: la salud sexual en el sistema público de Tucumán (2002-2020)

TESIS DOCTORAL

Carla María Mora Augier

carlitamora21@gmail.com

Resumen

La tesis “Derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales: la salud sexual en el sistema público de Tucumán (2002-2020)” consiste en un estudio local sobre la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en espacios subnacionales, con foco en la provincia de Tucumán, y las posibilidades de acceso que tienen en el sistema público de salud las mujeres cis en cuanto a su salud sexual, (no) reproductiva y los alcances de las acciones estatales y las políticas públicas. Su autora estudia cómo funciona la información y entrega de anticonceptivos y las Interrupciones del Embarazo desde 2002, año en que se promulga la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, hasta fines de 2020, cuando se legalizan la IVE en Argentina. Procura conocer el funcionamiento de la cultura y el aseguramiento de los derechos de salud sexual y reproductiva en espacios históricamente conocidos por la presencia de culturas religiosas y neoconservadoras, a través del análisis de material periodístico, normativo y legal, y las narrativas de las y los trabajadores del área.



Tesis doctoral

**“Derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios
subnacionales: la salud sexual en el sistema público de
Tucumán (2002-2020)”**

Doctoranda: Mora Augier, Carla María

Directora: Dra. Karina I. Ramacciotti (CONICET/UNQ)

Co- Directora: Dra. Carolina Biernat (CONICET/UNQ)

Esta tesis está dedicada a todas las mujeres tucumanas.

Especialmente para “Belén” y para “Lucía”.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	4
ÍNDICE.....	6
ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
Tema y problema de investigación.....	12
Enfoque metodológico.....	17
Marco general y posicionamientos teóricos.....	22
Antecedentes y punto de partida.....	25
Organización del contenido.....	35
CAPÍTULO 1.....	37
EL ESCENARIO: TUCUMÁN.....	37
1. 1. La provincia, su historia y vida política.....	37
1. 1. 2. El movimiento de mujeres y feminista.....	43
i. Una experiencia de articulación entre militancia y atención médica.....	47
1. 2. El sistema de salud en Tucumán: descentralización, crisis y resurgimiento.....	50
Conclusiones.....	58
CAPÍTULO 2.....	60
Derechos sexuales y (no) reproductivos: problematización de los conceptos desde lo global.....	60
2.1. Una revisión política de la ciudadanía.....	61
¿Qué vidas valen y qué vidas no?.....	61
2.2. Los antecedentes internacionales: los derechos de las mujeres como punto de partida y como llegada.....	65
2. 3. Conceptualizar los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.....	70
2.4. La gobernanza reproductiva: formas de leer el mapa político y su intervención en la sexualidad.....	73
2.5. Salud y educación sexual integral en disputa.....	75
Conclusiones.....	78
CAPÍTULO 3.....	80
Las Leyes existentes: donde se ubican las ideas.....	80
3.1. La Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.....	82
3. 1. 1. El texto de la Ley 25.673.....	85
3. 1. 2. El debate parlamentario de 2002: los discursos de las y los legisladores.....	89
3. 2. La Interrupción Voluntaria del Embarazo es ley.....	94
3. 2.1. El antes y el después de la ley de aborto.....	96
3.2.2. La postura de legisladores del Noroeste.....	100
3.2.3. Moralidades, obstaculizaciones y activismos antiderechos.....	104
i. Nuevas reacciones a antiguas disputas.....	109
Conclusiones.....	112
CAPÍTULO 4.....	114

Limitaciones y posibilidades de salud sexual y (no) reproductiva: la esfera local.....	114
4. 1. Las políticas públicas: el Programa provincial de Salud Sexual y Reproductiva....	115
4. 1. 1. La interrupción del embarazo.....	122
4. 1. 2. “Tucumán tiene un porcentaje de embarazo adolescente que impresiona, impacta”. El Plan ENIA en Tucumán.....	123
4.2. Narrativas de las y los profesionales de la salud: el cuerpo del Estado.....	127
4. 2. 1. “Se trata de que todas las mujeres se vayan con métodos anticonceptivos del hospital”: la atención de la salud sexual y reproductiva.....	130
4. 2. 1. 1. “Llevar la consejería al barrio”: una experiencia en el territorio.....	131
4. 2. 2. “Con miedo, siempre con miedo”: antes y después de la ley de IVE.....	135
4. 2. 3. “Bueno, acá las que se tienen que hacer se las hace”. Interrupciones del embarazo previamente a su legalización.....	137
4. 2. 4. “Un circuito amigable”: cómo llegar a las usuarias.....	142
4. 2. 5. “Una puede trabajar más tranquila”: cómo se vivió el cambio de paradigma.....	146
Conclusiones.....	148
CAPÍTULO 5.....	150
Ni en la salud ni en la justicia: vulneración de derechos y obstaculizaciones morales en dos casos paradigmáticos.....	150
5. 1. Los casos locales.....	152
i. Mujeres presas por abortos espontáneos: Belén (2014-2017).....	152
ii. Niñas obligadas a parir: Lucía (2019).....	157
iii. “María Magdalena”: antecedente en la defensa de los derechos de las mujeres..	161
5.2. La prensa local, nacional e internacional ante lo sucedido a Belén y a Lucía.....	162
5. 3. ¿Qué tienen en común? Alianzas estratégicas, comunicación y posicionamiento de la voz protagonista.....	170
5. 3. 1. Movilizaciones reactivas en la arena pública contra los derechos de las mujeres.....	174
5. 4. Indicadores e impacto: detrás de cada número hay una persona.....	175
Conclusiones.....	185
CONCLUSIONES.....	188
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	194
ANEXOS.....	213

ABREVIATURAS UTILIZADAS

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

CSI: Consultorio de Salud Integral

ESI: Educación sexual integral

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

ILE: Interrupción legal del embarazo

DDSSyNRR: Derechos sexuales y (no) reproductivos

LSSyPR: Ley de Salud sexual y procreación responsable

NUM: Ni Una Menos

SSyPR: Salud sexual y procreación responsable

SSyNR: Salud sexual y (no) reproductiva

INTRODUCCIÓN

*Nosotras, en cambio, tenemos necesariamente que
mirar a un solo ser. Dicen que vivimos en la casa una
vida exenta de peligros, mientras ellos luchan con la
lanza. ¡Necios! Preferiría tres veces estar a pie firme
con un escudo, que dar a luz una sola vez.*

Medea
Eurípides

*El punto clave de la investigación feminista -y de ahí el atractivo que
tiene para mí- radica en su rechazo a conformarse con el status quo.*
Joan Scott

Esta investigación comenzó en febrero de 2019, al poco tiempo de obtener la beca doctoral de Conicet para realizar el doctorado en la Universidad Nacional de Quilmes. Casi en simultáneo estaba sucediendo lo que luego se haría público como “el Caso Lucía”. Una niña de tan solo 11 años, en un pueblo de la provincia de Tucumán, muy cerca de Santiago del Estero, resultó embarazada debido a un abuso sexual intrafamiliar y se dilató su acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE) en el sistema público de salud provincial. Cuando comencé con el trabajo de campo, emergieron en las entrevistas preocupaciones, enojos y críticas al sistema de salud por cómo había abordado, encarnado en sus funcionarios y directoras, la grave situación de Lucía.

Como resultado de esas primeras observaciones, surgió la pregunta acerca de qué estaba sucediendo en la provincia de Tucumán, en particular en la salud pública, para que estas situaciones sigan apareciendo a pesar de estar en el año 2019. ¿Por qué se demora una práctica médica y termina resolviéndose en el Poder Judicial? ¿Qué motiva a que el personal de salud no resuelva una ILE cuando se trataba de un abuso infantil? Las primeras respuestas que podemos arriesgar apuntan a una moral restrictiva existente de las provincias y en especial del Noroeste argentino y a la oposición de estos sectores a siquiera mencionar la palabra aborto. Sin embargo, nuestras sociedades no son espacios homogéneos y los sujetos que las componemos somos seres complejos. Hubo que mejorar las preguntas y ajustar el cristal para poder acercarnos a mejores respuestas.

Las motivaciones para trabajar este tema encuentran su raíz en mi subjetividad como investigadora, mujer, tucumana y criada en un entorno familiar y social en el que el catolicismo conservador impregnó todos los vínculos, y también por haber sido escolarizada en un colegio privado católico y de “clase media”.

Mis elecciones personales siempre fueron de conciencia y autonomía en cuanto a mi salud (no) reproductiva, lo que recayó en la elección de no maternidad y en una trayectoria académica que incluyó la formación universitaria de grado y posgrado. Durante el grado, en la carrera de Letras en Universidad Nacional de Tucumán, me formé en Sociología de la cultura y pude acercarme a diversos estudios sobre religiosidad popular y, en particular, a la presencia de elementos de herencia hispánica, el cristianismo y otros en el folklore del noroeste argentino.

La inquietud que empezaba a crecer tenía que ver con preguntarse cómo podemos elegir algo distinto en un contexto tan impregnado por las religiones, especialmente la católica. ¿Qué implicancias tiene para las mujeres haber nacido en estos contextos? ¿Y qué derivas tiene esto en mujeres de los sectores populares, sin el acceso a todos los bienes y capitales simbólicos, culturales y económicos a los que tuvimos acceso otras? Sumado a esto aparecía, además, el interrogante: ¿por qué no encontraba estudios académicos y sociológicos sobre la salud sexual y (no) reproductiva en Tucumán, una provincia con una profunda lucha por los derechos humanos?

Sin la intención de tener respuestas de antemano ni aventurar lecturas rápidas, la formación en Letras y más especialmente en Sociología de la Cultura aplicada a la literatura y al análisis de la sociedad me ofrecieron herramientas y bases para indagar en el campo de la salud sexual en el marco de lo que conocemos como *cultura*.

Asimismo, adoptamos aquí una posición política que intenta mostrar, o acercarse a, lo que viven sujetos y sujetas subalternas, sin tomar su palabra ni hablar por ellos y ellas¹. Nuestro posicionamiento es a favor de develar y evidenciar las desigualdades existentes en las relaciones de poder, con la intención de, aunque esto represente sólo un pequeño aporte, que dejemos de vivir en un sistema opresivo e injusto como en el que vivimos.

¹ Intentamos reflejar la inclusividad y evitar el sexismo en el lenguaje, por lo que optamos por el femenino y el masculino, o expresiones de conjunto como “personas”, para facilitar la lectura.

Tema y problema de investigación

Como punto de partida, una serie de preguntas abrieron la reflexión y el trabajo investigativo. En el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva, ¿cómo es ocupado el espacio entre las ideas y la práctica, entre las leyes y normativas que a su vez descenden de lineamientos internacionales, y el espacio de lo local? ¿Qué sucede en el territorio, especialmente fuera de la Capital? ¿Cómo se concretan en el caso particular de Tucumán las leyes y normativas existentes?

¿Qué lugar ocupa la salud sexual y reproductiva en las prioridades de la agenda política de gobierno de la provincia? ¿Qué rol cumple el estado provincial en la concreción de las políticas públicas derivadas de normativas nacionales?

¿Cuáles son los actores e instituciones que intervienen en este espacio subnacional en particular para regular, controlar y limitar las políticas de reproducción y de sexualidad? ¿Qué opciones tienen las mujeres tucumanas para elegir sobre su salud sexual y reproductiva?

¿Cómo narran y conciben los y las profesionales del área sus propias prácticas? ¿Es posible la garantía de los derechos sexuales sin las redes que funcionan por fuera de lo oficial, de lo Estatal, de lo institucional? ¿Qué cambios y continuidades se observan a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2020?

En esta investigación sostenemos, a modo de hipótesis, que las personas que acceden a políticas públicas de salud sexual y (no) reproductiva encuentran factores facilitadores, pero también obstáculos y limitaciones debido al modo en que operan los diversos actores, instituciones nacionales, provinciales y los discursos y materialidades involucrados en las formas de regular la reproducción. Esto, en el caso de la provincia de Tucumán, muestra ideas existentes sobre cómo debe ser la vida sexual y reproductiva de las personas, particularmente de las mujeres cis².

Se trata de un estudio local sobre la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en espacios subnacionales y las posibilidades de acceso que tienen en el sistema público de salud las mujeres cis en cuanto a su salud sexual, (no) reproductiva y los alcances de las acciones

² La categoría *cis* o *cisgénero* denomina a las personas cuya identidad de género coincide con las características biológicas de su cuerpo, pero no hace referencia a su orientación o elección sexual. En este sentido, indicaría a quienes no se salen de “la norma”. A lo largo del texto usaremos el término *mujer* para nombrar a las mujeres cis, a menos que indiquemos lo contrario.

estatales y las políticas públicas. Nos interesa observar cómo funciona la información y entrega de anticonceptivos y las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) desde 2002, año en que se promulga la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, hasta fines de 2020, cuando se legalizan la IVE en Argentina. Procuramos conocer el funcionamiento de la cultura y el aseguramiento de los derechos de salud sexual y reproductiva en espacios subnacionales como Tucumán, históricamente conocidos por la preponderancia de culturas religiosas y neoconservadoras, a través del análisis de material periodístico, normativo y legal, y las narrativas de las y los trabajadores del área.

Proponemos un acercamiento a los derechos sexuales y (no) reproductivos desde las Ciencias Sociales, por tratarse de un tema que no es privativo del ámbito legal y jurídico (Tiseyra et al., 2023). Está conformado por la integración de distintas áreas desde lo político, el análisis de los actores intervinientes, cada uno con sus intereses, la aparición de disputas sociales y luchas que pendulan entre ámbitos más simbólicos a espacios sociales y políticos, y la convivencia de todos ellos.

Escogimos estudiar la salud problematizándola y también incorporar la perspectiva de género de manera transversal al análisis. Asimismo entendemos que lo reproductivo y lo sexual no son términos sinónimos, y ambos afectan tanto a las mujeres como a los hombres (Pozzio, 2008). Sin embargo, en la temática que nos ocupa debemos reconocer que han sido las mujeres quienes mayoritariamente se han ocupado de la anticoncepción y la planificación de la reproducción y que, insertas en un sistema capitalista de poder y dominación, las desigualdades y jerarquías quedan inscriptas en el cuerpo y en la biología (Esteban, 2006). El riesgo de ciertas naturalizaciones es la sedimentación de los roles asignados por género, además de entorpecer el análisis sobre los modos diferenciales en que las mujeres y los hombres enferman o son atendidos en el sistema de salud (Pozzio, 2008) y perder de vista la diversidad. Por cuestiones de extensión, esta investigación se focaliza solamente en el caso de las mujeres cis de la provincia de Tucumán en edad fértil, en tanto observaremos con especial detenimiento las prácticas médicas de consejería, información y administración de métodos anticonceptivos y de interrupciones de embarazos. Abordaremos la problemática desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud pública, como veremos más en detalle en la estrategia metodológica adoptada.

Entendemos como métodos anticonceptivos o anticoncepción a las tecnologías y artefactos desarrollados para regular y/o evitar la concepción y la gestación de las personas

con esa capacidad, materializados concretamente en los cuerpos de las personas, sobre todo mujeres cigénero y heterosexuales (Felitti et al., 2022). Existen diferentes tipos, algunos denominados de barrera que además de embarazos evitan las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, como el campo de látex o el preservativo peneano. Los que liberan hormonas sintéticas son los métodos anticonceptivos orales o pastillas (ACO), las inyecciones, el implante subdérmico o el Sistema Intrauterino (SIU), y otros como el Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU) tienen un efecto que impide el paso de los espermatozoides. Así como el SIU, el DIU es colocado por un profesional directamente en el útero. Los métodos llamados definitivos o de anticoncepción quirúrgica son la vasectomía para personas con pene y la ligadura tubaria en el caso de personas con útero.

Por su parte, la interrupción del embarazo o aborto será considerado cuando es voluntario, con la intención de la persona gestante de finalizar ese proceso por motivos de su elección. Se trata de un procedimiento seguro cuando es realizado con los instrumentos adecuados, por una persona con las competencias necesarias y según los métodos acordes al tiempo de gestación. Estos pueden: ser farmacológicos —consisten en la administración de las drogas *mifepristona* asociada al *misoprostol* o de *misoprostol* solamente; o quirúrgicos, recomendado para gestaciones menores de 14 semanas, llamado Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y, luego de las 14 semanas, la técnica de Dilatación y Evacuación (DyE) o el uso de la AMEU extendido (Botta et al., 2024). Hay que tener en cuenta que la técnica de AMEU conlleva la aplicación de anestesia.

Nuestra intención es que el título de este trabajo, “Derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales: la salud sexual en el sistema público de Tucumán (2002-2020)”, refleje el posicionamiento de la exposición: la salud sexual, la reproductiva y la no reproductiva forman parte de los derechos sexuales de las personas. Así entendidas, es posible enmarcarlas dentro de las responsabilidades de los Estados democráticos modernos y como exigencia de las personas ciudadanas de los mismos.

El caso tucumano tiene características particulares y complejidades propias, pero al mismo tiempo no escapa de las lógicas del país del cual forma parte. Lo que intentamos es mostrar lo particular y específico de este caso, a la vez que puede resultar asimilable a lo que sucede en otras provincias. Es así que procuramos analizar distintos elementos que componen lo que conocemos como cultura, tomando distancia de simplificaciones y de esencialismos, ya que la historia única (Ngozi Adichie, 2018) puede acarrear ese riesgo. Sin dudas, mucho

ha quedado fuera de esta tesis a causa de falta de tiempo y de recursos, y por ser llevada adelante por una sola investigadora. Si existen voces o elementos que hemos debido dejar fuera, manifestamos que no fue por falta de interés en ellos, sino por limitaciones de espacio, de acceso y en algunos casos por alejarse de nuestra temática principal.

Existen muy pocos trabajos de largo aliento en el campo académico sobre este caso local, y mucho menos tesis doctorales que aborden esta cuestión en particular. En el apartado *Antecedentes* profundizaremos más sobre este aspecto.

Esta investigación fue posible con el financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) a través de la beca doctoral, y se llevó a cabo en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Nacional de Quilmes. Asimismo, fue en esta universidad donde tuvo lugar dicha beca y la elaboración de esta tesis.

Como objetivo general nos propusimos conocer la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en un espacio subnacional como la provincia de Tucumán, y específicamente buscamos dar un marco claro e instrumental a los conceptos de derechos sexuales y (no) reproductivos, para aportar al estudio del campo desde los territorios provinciales. Asimismo, procuramos analizar las distintas nociones existentes de salud sexual y de salud reproductiva y su vinculación con los documentos y normativas oficiales.

En particular, estudiamos la percepción de los y las profesionales de la salud sobre su propia práctica en la salud sexual y (no) reproductiva, y los actores, discursos y materialidades que componen la cultura tucumana cuando la reproducción es puesta en el foco. Finalmente, buscamos examinar las condiciones de posibilidad de acceso a la salud sexual de las mujeres y los factores incidentes en la obstaculización mediante el estudio de casos de vulneración de derechos sexuales en Tucumán.

Las nociones de salud sexual y de salud (no) reproductiva aparecen en la escena político-gubernamental fuertemente a partir de fines de la década de los 90 del siglo XX. Sin embargo, los conceptos contenidos en dicha matriz no eran ajenos al feminismo y las exigencias de reconocimiento a decidir sobre el propio cuerpo pueden registrarse desde los 70. Luego de la dictadura cívico-militar, un renovado aire por el retorno de la democracia generó que resurgiera el feminismo en los espacios públicos (Burton, 2017).

En Argentina la aparición de la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en 2002, habilita los distintos métodos anticonceptivos de manera gratuita en los sistemas sanitarios de todo el país y en todos los niveles. De esta manera identificamos allí una de las primeras políticas de reconocimiento y garantía de la salud sexual por parte del Estado. Su objetivo fue que especialmente todas las mujeres, sin distinción de estatus económico, capital cultural, edad, raza o etnia pudieran acceder a métodos de planificación de su reproducción si así lo deseaban. Sin embargo, entre el nacimiento de la ley y las acciones concretas que la ley indica hay un largo trecho.

En el presente estudio nos focalizaremos en la provincia de Tucumán, espacio subnacional situado en el “corazón” del Noroeste argentino. Intentaremos observar sus características, actores, instituciones, historia, rol de la salud, entre otros, para analizar cómo es ocupado el espacio entre las normativas y las políticas públicas. Estas provienen de decisiones y priorizaciones, y dependen de la disponibilidad de recursos económicos y de la gestión del estado provincial y nacional.

Consideramos que se trata de un escenario rico para el análisis ya que es la única provincia del país que aún no ha adherido de manera formal a la Ley 25.673 y que tampoco posee una ley o normativa de igual importancia, en el marco de la organización federal de Argentina que permite ver la desigualdad entre las diferentes provincias y sus instancias sanitarias. A pesar de ello, cuenta con un Programa provincial que cumple, o intenta cumplir, con los mismos objetivos de la Ley nacional, y posee un convenio interministerial entre la Nación y Tucumán. Durante casi toda la duración de esta investigación hasta su finalización, el Programa provincial contó con solo tres trabajadores, la directora del mismo y dos personas más. Solamente al finalizar esta tesis, posteriormente a las elecciones presidenciales de finales de 2023, se sumó otra trabajadora al programa a causa del cierre de otro espacio de suma importancia, el Programa de Educación Sexual Integral.

Para este estudio hemos analizado los documentos de la Ley 25.673, el material sobre el programa provincial y entrevistas a informantes clave y a profesionales de la salud que trabajan, de alguna u otra forma, con la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. También procedimos a analizar el material periodístico local, nacional e internacional, en diálogo con las respuestas de las personas entrevistadas, sobre dos casos que llamamos paradigmáticos de la salud sexual en Tucumán para esta tesis: el Caso Belén y el Caso Lucía.

Nuestro foco está puesto específicamente en el sistema público de salud tucumano, porque nos interesa conocer la situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos específicamente de la población de mujeres en la provincia. Tomaremos como marco temporal la sanción de la Ley nacional, en 2002, y la legalización del aborto en Argentina, Ley 27.610. Nos parece que la discusión y posterior sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2020 permitirá darle un marco temporal a esta investigación, además de representar otro instrumento legal a analizar y otra política pública que requiere evaluación y mejoras.

Enfoque metodológico

La presente es una investigación de tipo explicativa con análisis de datos cualitativos y se sitúa dentro del paradigma de las Ciencias Sociales. Incluye un análisis textual a partir de un acercamiento crítico a las fuentes documentales analizadas, todo esto realizado con perspectiva de género y derechos humanos.

Tenemos en cuenta que las historias de las personas están construidas en circunstancias y contextos concretos en los que cobran sentido, por lo cual es necesario comprender el contexto y los procesos por los cuales esas personas y sus acciones cobran sentido (Vasilachis, 2006). Por ello el estudio es cualitativo de tipo etnográfico descriptivo y, dentro del mismo, un tipo de diseño crítico (Hernández Sampieri, 2006) en el que indagamos, analizamos y describimos las acciones incluidas en las políticas públicas locales de información y obtención de anticonceptivos, y de interrupción voluntaria del embarazo.

Como técnicas de recolección de datos realizamos entrevistas en profundidad, como una técnica para acceder a las narrativas de sus prácticas (Sousa Minayo, 2012) y conocer lo que está produciéndose en la cultura, con observación de los espacios de salud para obtener mayor información y conocer el desarrollo de las actividades de salud (Vasilachis, 2016). Las conversaciones entabladas buscan indagar en las ofertas discursivas y prácticas en las cuales los actores culturales se socializan, tomando como un supuesto de la investigación que estos discursos y prácticas condicionan la formación de sus subjetividades (Kaliman, 2013). Las categorías culturales están continuamente definiéndose y redefiniéndose, por lo que estudiar las culturas, así como sus estructuras y tecnologías existentes es importante para los estudios sociales (Levitt y Merry, 2009).

Asimismo, en el encuentro del trabajo de campo se construye una relación social entre entrevistadora y las y los sujetos que estudiamos en el campo de intersubjetividad, pero que también hace necesario un proceso de objetivación (Grimson, 2003). Para esta tarea, sin dudas el lenguaje “es el vehículo por excelencia de reproducción de la sociedad” (Guber, 2016, p. 42). Por esto, la entrevista se devela como herramienta para que las personas hablen sobre lo que saben, sienten y piensan. La situación generada es, a su vez, una relación social (Guber, 2016). En el contexto analizado, las trabajadoras y trabajadores de la salud pública son la cara cotidiana y visible de las políticas públicas. Son quienes, además de “poner el cuerpo”, representan al Estado y a quienes primero encuentran las mujeres usuarias que acuden a la atención pública de salud.

También analizamos fuentes secundarias de distintos tipos: normas jurídicas, publicaciones de medios periodísticos, documentos producidos por diversas instituciones de Salud y debates legislativos. Observamos la cartelería, indicaciones y lugar que ocupa la salud sexual y reproductiva en las instituciones de salud pública.

Como marcamos previamente, fueron transversales a todo el estudio los análisis textuales y críticos de fuentes como las entrevistas a informantes clave, profesionales de la salud de distintas carreras y referentes nacionales y provinciales en la temática y de documentos tales como textos periodísticos locales, nacionales e internacionales; textos de leyes nacionales y normativas locales y fallos judiciales de los casos tomados como paradigmáticos.

Se realizaron un total de 37 entrevistas semiestructuradas y en profundidad, concretadas mediante el sistema *bola de nieve* (Piovani, 2018). En un primer momento, las personas entrevistadas fueron indagadas en su carácter de informantes clave, conocedores especialmente del tema o personas involucradas en el ámbito de los derechos sexuales y (no) reproductivos de Tucumán. En una segunda instancia, al avanzar la investigación y los estudios de doctorado, ampliamos las entrevistas a personas involucradas de alguna u otra manera con la salud sexual como requisito. Entonces, se entrevistó a médicos y médicas ginecólogos obstetras, médicas generalistas, agentes socio sanitarias, psicólogas y licenciadas en obstetricia. También entrevistamos a una médica general recién recibida, a una legisladora en ejercicio y ex diputada por Tucumán, también abogada, a la referente de la Dirección Nacional de Salud Sexual entre 2019 y 2023 y a una coordinadora de una ONG de derechos humanos de la provincia.

En un inicio, nos propusimos dividir a las entrevistas en dos grupos: quienes brindan la atención de salud y quienes son receptoras, llamadas usuarias. A causa de problemas de factibilidad no pudimos concretar el objetivo de tomar muestras representativas de ambos grupos. Al año de iniciada esta investigación doctoral sobrevino la pandemia por COVID-19 y muchas de las actividades de trabajo de campo se vieron alteradas, si no imposibilitadas en su totalidad. Al retomar las entrevistas, por factibilidad fue más accesible entrevistar a profesionales, que se mostraron en su mayoría abiertos a conversar.

Del grupo de entrevistadas, la amplia mayoría son mujeres cis. Quienes revisten el carácter de informantes clave ocupan un rol público o que tienen una tarea dentro de la política pública, de gestión o legislativos, sí serán identificados con nombre y profesión. Con el resto se trabajó con Consentimiento Informado, elaborado en conjunto con el Comité de ética de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). Esto brindó un sostén institucional a la investigación por tratarse temas de salud de las personas y a su vez resguarda la identidad, asegura confidencialidad y anonimidad a los y las entrevistadas.

En la búsqueda de posibles entrevistas, el primer contacto fue por mensajes de *WhatsApp*, en los que nos presentamos con nombre, profesión y una muy breve síntesis del tema de esta investigación. Muchos profesionales contactados acordaron darnos la entrevista, en su mayoría de forma presencial, en Tucumán y solo algunas personas solicitaron realizarla de manera virtual, por cuestiones de salud. Pero hubo muchos otros casos que, o directamente no respondieron, o se comprometieron a devolver la solicitud con alguna fecha, horario o lugar para confirmar la entrevista pero nunca sucedió, y tampoco expresaron motivos. En ningún caso hubo una negativa explícita.

Estas experiencias, junto con otras que narraremos y analizaremos más adelante, nos llevaron en muchas ocasiones a replantearnos la forma de búsqueda de entrevistados (abriendo una solicitud más amplia por las redes sociales a médicos o médicas de la ginecología), o a presentarnos de manera más profunda (ampliando a un párrafo el tema de esta tesis, en lugar de solo una oración). Sin embargo, creemos que las diversas experiencias estuvieron atravesadas especialmente por el uso del concepto “salud sexual” al presentarnos. Nuestra hipótesis es que el término es vinculado en estos últimos años unívocamente al aborto y las diferentes polémicas y polarizaciones que esto genera en nuestra sociedad pudo haber alejado a potenciales entrevistados y entrevistadas o haberles provocado miedo o inseguridad.

Casi todas las personas accedieron a que la conversación fuera grabada. Solamente una persona no consintió esto, como veremos en el Capítulo 3. Las entrevistas se concretaron gracias a los contactos que nos brinda la militancia feminista de la que formamos parte en la provincia, a conocidos y al conocimiento que tenemos del funcionamiento del sistema público de salud tucumano. Debemos recordar que se trata de una provincia muy chica, en la que hemos realizado nuestros estudios y donde se entablan fácilmente lazos laborales y sociales. En este sentido, los primeros contactos para entrevistar tenían una marcada línea ideológica: eran feministas y abogaban por los derechos de las mujeres y diversidades. Abrir ese campo no fue fácil para una investigadora sola, por eso nos valimos de contactos y sugerencias de conocidos.

Una de las personas estaba planificada como usuaria del sistema de salud, pero a lo largo de la charla nos comentó que a su vez era referente territorial y se había formado en la temática gracias a un proyecto de una ONG local, por lo cual descartamos su carácter de usuaria y pasó a formar parte del corpus de informantes clave. La referencia a las personas entrevistadas se condice con su propia identificación sexo-genérica y en el cuadro a continuación pueden verse las profesiones de las personas:

ENTREVISTAS REALIZADAS	
Médicas mujeres	11
Médicos varones	3
Psicólogas	9
Lic. obstetricia	4
Agentes sociosanitarios	2
Otras profesiones	2
Informantes clave (no salud)	6
Total de personal de la salud (asistencial)	31
Total de entrevistas	37

Gráfico N° 1: Síntesis de roles de entrevistadas y entrevistados.
Elaboración propia.

En el texto, cada caso está caracterizado por las iniciales de la profesión, rol o carácter en esta investigación, seguido de un número identificador solo a los fines de organización propia y según la cronología en que fueron hechas (ver Anexo). Por ejemplo, la segunda psicóloga entrevistada estará consignada como **Ps 2**, en negrita y entre paréntesis para

destacarlo y distinguirlo del resto del texto. En algunos casos amerita señalar también el año, debido a que reiteramos tres entrevistas para conocer cambios y continuidades en la labor.

Además participamos observando tres encuentros más amplios. El primero consistió en un *Taller para Referentes de la Ong ANDHES* (Abogadas y abogados del norte por los derechos humanos y estudios sociales), realizado en septiembre de 2021, de manera virtual debido a la pandemia. El mismo formaba parte del proyecto “Mujeres víctimas de violencia y el acceso a la justicia en el NOA: del diagnóstico a la acción”, presentado junto a CLADEM y ejecutado por ANDHES desde el 2020 a 2023 y con el apoyo del fondo fiduciario de la ONU para erradicar la violencia hacia mujeres y niñas.

El proyecto trabajó en el acceso a la justicia y buscaba contribuir a eliminar los obstáculos en que tienen para ello las mujeres cis, trans y lesbianas. Allí articularon con organizaciones territoriales y sus referentes, y también con compañeras autoconvocadas. Durante el mismo se formaron alrededor de 40 mujeres cis, lesbianas y trans como orientadoras legales comunitarias y uno de sus encuentros estaba destinado a derechos sexuales y (no) reproductivos, por lo que pudimos participar en carácter de oyentes, observar las problemáticas y generar lazos con futuras informantes.

El segundo consistió en una jornada de información y conversación sobre implantes subdérmicos, convocada por un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) al que concurrimos en diversas ocasiones. Fue un encuentro con una usuaria que concurrió al efector de salud del que usualmente es asidua, en la que se le informaba sobre la renovación de su método anticonceptivo. Ella fue la única concurrente a una jornada que se suponía que debía ser grupal y amplia, por lo que estábamos dispuestas a participar en tanto observación de la misma. Sin embargo, como señalamos, sólo concurrió una joven.

Finalmente, concurrimos al *Encuentro Federal de la Dirección Nacional de Salud Sexual del Ministerio de Salud*, el 14 de noviembre de 2022 en los salones de la Cancillería argentina, por celebrarse los 20 años de la sanción de la Ley 25.673. En la ocasión también se observó la reunión y se presenciaron los debates surgidos de manera general, en un encuentro con representantes de las áreas de salud sexual y salud reproductiva de todas las provincias.

Resta decir, finalmente, que siempre fue el deseo que esta tesis sirviera para informar, reforzar y colaborar a quienes están a cargo de diseñar y poner en práctica las políticas públicas. Sabemos que éstas dependen de distintos factores que no se limitan solamente a su

redacción y diseño, además de que no son un “objeto fijo, constante y no problemático” (Shore, 2010, p. 46). Sin embargo, esta tesis se posiciona a favor de construir un campo científico que se vaya fortaleciendo con las investigaciones pasadas, presentes y por venir, y que el diálogo y los debates entre ellas puedan nutrir las políticas sociales sin distinción de gobiernos y gestiones. Creemos, por último, que la ciencia, la salud pública y el Estado nos pertenecen a todes, los construimos entre todes y los mejoramos también entre todes.

Al iniciar esta investigación partimos de diversos supuestos y preguntas iniciales. Muchas de ellas no encontraron respuestas, sino que ampliaron el campo de las indagaciones. De entre ellas, una de las principales fue cómo tener al Estado como objeto de estudio. Finalmente nos encontramos con que al Estado lo hacemos todos los días entre todos y todas, no es privativo de un grupo de funcionarios elegidos para gobernarlo, sino que está compuesto por diversos sujetos, actores y conductores de su derrotero, dentro del sistema democrático y en una estructura social post capitalista, globalizada y digital en la que estamos inmersas.

Marco general y posicionamientos teóricos

Si bien cada capítulo profundiza en aspectos específicos en lo teórico y conceptual, el posicionamiento teórico general del cual parte esta tesis toma los aportes de la sociología de la cultura como campo que implica también un posicionamiento político y epistemológico. Además de adoptar una perspectiva de género transversal a toda la investigación, planteamos un estudio de actores sociales que nos permita estudiar la reproducción y transformación de las estructuras en sociedades marcadas por relaciones de poder (Kaliman, 2013). Nos interesa un análisis social de las instituciones y formaciones culturales, la relación que hay entre ellas, así como de sus formas materiales de producción cultural (Williams, 2015) y las ofertas discursivas y prácticas en las cuales los y las sujetos se socializan, junto a opciones particulares que pueden responder a diversos condicionamientos sociales o a sus trayectorias idiosincrásicas (Kaliman, 2013). En este sentido, corresponde en esta ocasión observar los factores culturales que tienen incidencia cuando las políticas públicas buscan concretizar lo que algunas leyes prescriben para beneficio y protección de toda la ciudadanía, teniendo en cuenta que las subjetividades de tales actores representan la base material para el estudio de las culturas.

En esta misma línea, nuestro trabajo es orientado por una “razón transformadora” (Kaliman, 2013, p. 13): planteada como una razón humana al servicio de la reparación de las injusticias que las sociedades en las que nos desarrollamos tienden a reproducir bastante sistemáticamente. Al mismo tiempo muy cerca del materialismo cultural al estilo de Raymond Williams, nos situamos desde los conceptos propuestos para una *sociología de la cultura*, entendida como la rama de la gran disciplina de la sociología, que se interesa en la “producción y las prácticas culturales manifestas” (Williams, 2015, p. 13).

Desde ese prisma entendemos la cultura como sistema significante, por lo cual estudiamos las instituciones, las prácticas y obras que son evidentemente significantes, a la vez que tomamos distancia de la idea de personas cultas o incultas, como valores que se asignan a los seres humanos, o que existen personas “sin cultura”. Nos importan las relaciones entre esas instituciones, prácticas y obras y otras (Williams, 2015) debido a que coincidimos con que “la cultura es relevante porque no existe ningún proceso social que carezca de significación” (Grimson, 2018, p. 41). No consideramos las áreas en las que se desarrollan las personas como espacios aislados, universos separados e históricamente incomunicados, sino lo contrario. Dicho de otro modo, “no existe naturalmente la cultura como una esfera separada de la economía”, sostiene Grimson (2018) lo cual nos lleva a pensar los procesos sociales de una manera integral.

Provenimos de una formación que se propone indagar sobre la reproducción y transformación de las prácticas culturales en contextos de estructuras de poder, y ponemos el foco en relaciones sociales históricamente desiguales. Esto que llamamos *poder*, implicaba para Michel Foucault (2019) las relaciones de fuerza propias del campo en el que se llevan a cabo, y también propias de su modo de organización, entre enfrentamientos que las transforman. El autor también explica que el poder no es una institución, una estructura o una potencia con la que algunos sujetos han sido abastecidos, con la que cuentan. Es, para Foucault (2019), el nombre con el que señalamos situaciones estratégicas complejas en sociedades determinadas.

En tanto nos propusimos analizar lo que se denomina “vida social”, nos parece interesante tener en cuenta que el esfuerzo está orientado a observar e intentar comprender eso que es “lo social” en tanto proceso vivo, como lo conceptualiza Julieta Quirós (2014). Esta tesis particularmente aborda un tema que no puede dejar de ocuparse de las teorizaciones del cuerpo, porque analizamos cómo las mujeres pueden disponer o no de las políticas

públicas sobre la reproducción. Imitando el esfuerzo colectivo de Diego Chein y su equipo de trabajo (2013) en relación al estudio de los fenómenos identitarios, nos proponemos aquí un acercamiento a las formas en que las políticas públicas en relación con la salud sexual se desarrollan en una provincia argentina. De esta manera, intentamos evitar los prejuicios que pueden “reducir y pasar por alto la diversidad real” (Chein, 2013, p. 185) para más bien intentar un acercamiento a las especificidades en este tipo de procesos más que establecer de manera tajante cómo suceden las cosas y aseverar los factores culturales que pueden estar actuando para que sean como son. Trabajar desde esta perspectiva permite una orientación que dé cuenta de casos concretos situados en un proceso sumamente dinámico como son las interacciones sociales y los procesos políticos.

Esto también nos abre el campo a saber qué piensan las entrevistadas sobre los temas indagados y encontrar en muchas ocasiones gran cantidad de información en las controversias y contradicciones propias de las y los sujetos. En este sentido, fueron fundamentales los aportes de la etnografía que propone científicos sociales interesados por saber qué piensan las personas sobre el mundo. Sumado a ello, el aporte reside en observar no solamente sus respuestas a nuestras preguntas, sino también la forma en que se hacen preguntas (Quirós, 2014). Todo ello dota de riqueza y enorme valor no solo al contenido de las entrevistas, sino a la situación comunicativa en general: dónde nos han recibido, cómo se presentan, a qué otros campos de la vida social hacen referencia. Inclusive, nos arriesgamos a decir, es parte del trabajo de la etnografía prestar atención también a qué nos aportan con sus gestos, tonalidades de voz, miradas y lenguaje corporal.

Asimismo, pensamos en problematizar categorías que aparecen como naturalizadas y fijas, tales como *mujeres y hombres* (Connell, 2013), lo que dificulta la comprensión sobre cómo funcionan las sociedades y las complejidades que tienen lugar hacia adentro de ellas. En nuestro campo de formación en particular, uno de los ejercicios fundamentales es el de desarmar los conceptos y reflexionar sobre su procedencia, pensar más allá de lo dado. Es por ello que, como propone Anne Fausto-Sterling (2000) para las ciencias biológicas, reflexionaremos también sobre “las verdades” que se crean acerca de la sexualidad. Estas, a su vez, son incorporadas y confirmadas por nuestros cuerpos, esculpidas por un medio social en el que contexto y discurso van moldeando nuestro mundo cultural. En este sentido, se minimizan las diversidades al caer en el pensamiento categórico (Connell, 2010, p. 65). Esto dialoga con la propuesta de Judith Butler (2020a), al orientar su texto *El género en disputa* hacia “desnaturalizar” el género al tiempo de derribar las ideas dominantes de la

heterosexualidad como norma o los discursos establecidos sobre la sexualidad en las instituciones, lo que nos lleva a pensar y dudar sobre las ideas de hombre y mujer o de familia que transparentan los programas y políticas públicas locales.

Antecedentes y punto de partida

La falta de estudios académicos focalizados en la salud sexual y (no) reproductiva de Tucumán es uno de los puntos de partida de esta investigación. Sobre el concepto de derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva teórica fueron valiosos los aportes de Sonia Corrêa y Rosalind Petchesky (2001) en uno de los textos pilares de esta investigación y fundacionales en los debates académicos. Por una parte, los definen como la posibilidad de “tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, de tener hijos, de criarlos, de la salud ginecológica y de la actividad sexual; y recursos para poder llevar a cabo tales decisiones de manera segura y efectiva.” (P. 1). Como vemos, para las autoras es importante no solamente que se trate de la posibilidad de acción sino también de contar con los medios para ello. Por otra parte, su esfuerzo posterior estará puesto en enfatizar cómo los derechos sexuales y reproductivos, y en realidad cualquier otro, se enmarcan en otros mayores como los “derechos sociales”, en tanto condiciones de posibilidad para que se puedan concretar los que se derivan de ellos.

Desde la perspectiva argentina, Cecilia Straw (2017) propone una cronología para organizar el desarrollo de los derechos reproductivos en nuestro país, línea temporal organizada en cuatro etapas que se basan a su vez en las denominaciones propuestas por Mónica Petracci y Mario Pecheny (2007).

Del mismo modo, son basales los aportes de Josefina Brown (2008; 2014), quien en primer lugar acuñó el concepto derechos sexuales y (no) reproductivos, con el *no* entre paréntesis para enfatizar la posibilidad de que se pueda separar la sexualidad de la reproducción. Además, otros aportes de la autora son imprescindibles para nutrir diversos temas que se tratarán en esta tesis, como la explicación del origen de conceptos como derechos de las mujeres, salud sexual, salud reproductiva en las Conferencias Internacionales y el arribo a los derechos sexuales y (no) reproductivos. Asimismo, en su texto de 2014, basado en su tesis doctoral, brinda un repaso de discusiones y debates desde la filosofía, la teoría política, la sociología y los estudios de género en torno a la relación democracia-ciudadanía-autonomía-sexualidades y feminismos en Argentina.

Es destacable cómo se pasó de hablar de políticas de población a derechos reproductivos (Corrêa, 1997; Petchesky, 1995; Pecheny, 2010). A partir de la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas* llevada a El Cairo (1994) y luego en Beijing (1995), cuando se promovieron por primera vez, con rango internacional, primero conceptos *salud reproductiva* y posteriormente *derechos reproductivos* y *salud sexual de las mujeres*.

Pero la esfera internacional tiene su correlato en las diferentes naciones participantes. En cuanto al caso argentino, se hace necesario repasar el panorama del sistema legal, las normativas y políticas públicas existentes que permiten anudar sexualidad con derechos humanos. Posteriormente a las mencionadas conferencias, muchos países adhirieron a los tratados internacionales y fueron incluidos en su ordenamiento legal, lo que les confiere jerarquía constitucional (Petracci y Pecheny, 2007; Brown, 2014).

Es así que el camino trazado para pasar del reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos (Conferencia de Viena, 1993) implicó diversas acciones para llegar hasta las ideas de salud reproductiva y salud sexual en Argentina, así como su concreción en leyes y políticas públicas. Son de relevancia tanto los debates, hitos y situaciones destacadas en torno al concepto de derechos sexuales y (no) reproductivos en Argentina y en el continente latinoamericano (Brown, 2014; Mateo, 2017; Boccardi, 2020).

Karina Felitti (2018) nos acerca una definición de tipo enciclopédica de “Derechos sexuales y reproductivos” en el *Diccionario de religiones en América Latina* (en Blancarte, 2018) sintético y de utilidad que vincula religión, política y sexualidad. El esfuerzo realizado en *Todo sexo es político* (Pecheny, Fígari y Jones, 2008) se ve replicado y profundizado posteriormente (Jones, Fígari y Barrón López, 2012), lo que brinda un análisis desde la sociología al campo de la sexualidad desde diferentes enfoques, a partir de distintas escenas donde se pone de relieve el carácter político de la sexualidad y su vínculo con los avances normativos.

Desde los territorios subnacionales, Liliana Siede (2012) analiza la experiencia de la ligadura tubaria en mujeres de la provincia de Buenos Aires antes y después de que se formalice la práctica con la Ley 26.130 de Anticoncepción quirúrgica, del año 2006, y la intervención de los comités de ética en determinados casos. Allí se pregunta qué cambió y qué no desde la promulgación de la ley, teniendo en cuenta un marco de derechos sexuales y (no)

reproductivos más amplio, y qué pasa con las mujeres pobres que solicitan prácticas de esta índole.

Por una parte, Cecilia Canevari (2011) realiza un profundo estudio en una institución de maternidad pública de la provincia de Santiago del Estero, en la que recoge las experiencias de mujeres que acudieron por un parto o aborto incompleto, para observar la atención brindada y, en ella, las relaciones de dominación-subalternización y las formas de resistencia de las mujeres. En 2017, la misma autora indaga en la experiencia de la maternidad de las mujeres de sectores populares en servicios públicos de salud de Buenos Aires y Santiago del Estero y analiza la violencia real y simbólica hacia las pacientes desde un contexto de poder que siembra el patriarcado en el sistema médico. Por otro lado, en provincias como Santa Fe, Valeria Venticinque (2016) realizó su investigación doctoral compaginando el análisis de la salud sexual y las políticas públicas existentes, en particular en Rosario, tomando al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable como unidad de análisis. Su objetivo fue reflexionar sobre el rol del Estado y las relaciones entre el gobierno local y las organizaciones para ver el grado de participación de los diversos actores. En la misma línea, el trabajo de Clara Gilligan (2024) permite pensar en la atención obstétrica del parto y posparto como un proceso en el que se regulan la maternidad y la vida de las mujeres. A partir de un trabajo etnográfico en la Ciudad de Buenos Aires, observa que el posparto en tanto *objeto* y *producto cultural* es el resultado de políticas públicas que activamente construyen una maternidad determinada.

Respecto a la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable como instrumento, fue informativo el trabajo de Rodríguez et al. (2005) que desde una perspectiva netamente legal analiza el contenido de la misma y sus proyecciones al poco tiempo de haber sido sancionada. Otro documento que representa importantes bases para analizar esta ley es la publicación colectiva de Mónica Petracci y Silvina Ramos (2006) en la que diversos capítulos analizan la aplicación de las políticas de salud sexual y procreación responsable en los distintos territorios. Dentro de dicha publicación nos interesa destacar el de Gloria Schuster y Mariana García Jurado que focaliza en las distintas normativas, adhesiones o programas existentes en cada provincia; y el de Griselda Meng, que observa el espacio otorgado a la perspectiva de género en esas normativas o programas provinciales, en el marco de la ley nacional.

Existen textos que también realizan un balance de los años de implementación de la ley (Kanterewicz, Palazzesi y Ramírez, 2015; Suárez y Cattaneo, 2017), mientras que algunos

instrumentos surgieron de las instituciones, con balances tales como el de Ministerio de Salud (2011), que realiza un repaso de los avances y desafíos desde 2003 a 2011.

Con respecto a las discusiones parlamentarias que dieron luz a esta normativa, existen análisis de los discursos esgrimidos en el debate que son de nuestro interés ya que en muchos casos reflejan ideas conservadoras de familia y de mujer vinculadas a la reproducción y al hogar (Noblia y Zangone, 2010; Di Liscia, 2012), así como sobre la participación política y el protagonismo que tuvieron las mujeres en la esfera legislativa, estudiados por Adriana Valobra (2023). También Di Liscia (2014) describe y analiza la primera ley provincial, la de la provincia de La Pampa, que data de 1991, más de 10 años antes de que se sancionase la nacional.

Desde un enfoque del “aborto como problema social” (Mateo, 2025, p. 26), un ineludible antecedente que combina la lucha de los movimientos de mujeres en Argentina en paralelo a los hechos históricos alrededor del reclamo por el aborto legal es el libro de Mabel Bellucci (2014), una exhaustiva exposición sobre este reclamo, ubicada especialmente desde la perspectiva de la ciudad de Buenos Aires. Julia Burton (2017) observa cómo, en el contexto de clandestinidad, las redes y organizaciones feministas fueron ampliando acciones y estrategias colectivas orientadas a lograr la despenalización y la legalización. Luego, Natacha Mateo (2025) presenta una historización del medicamento misoprostol y su rol para provocar abortos, a partir de un uso que no era al que estaba destinado. Así, en un cruce entre el campo médico y el activismo, la construcción colectiva de saberes llevó a que la misma pastilla que podía ser un protector gástrico, consumida de determinada manera y en determinadas dosis, se convirtiera en un instrumento para interrumpir embarazos no deseados.

En cuanto al marco previo a la legalización del aborto en Argentina, numerosas académicas analizaron cómo se concretaba la práctica en el país ante la ausencia de normativas e información clara sobre causales no punibles. En este sentido, el momento de quiebre que representó el conocido *Fallo FAL* es analizado por Cecilia Gebruers y Natalia Gherardi (2015). Esto sucede debido a la judicialización de un caso de aborto solicitado por una joven de 15 años violada por su padrastro, fallo en el que la Corte Suprema de Justicia de Argentina (CSJ) aclara que los abortos no punibles no deben dilatarse ni obstruirse, no requieren denuncia policial y son una práctica no penalizable en los casos amparados en el Código Penal argentino.

Por otro lado, tanto Paola Bergallo (2018) como Sabrina Cartabia y Cecilia Hopp (2018) examinan las estrategias con el campo jurídico para defender a mujeres que abortan y las limitaciones del modelo de causales en tanto forma de accesibilidad al aborto legal.

Salomé Fernández Vázquez y Josefina Brown (2019) trazaron un repaso de cómo se transitó “del estigma al orgullo” en tanto evolución que encuentra sus raíces en la salida del silenciamiento y el oscurantismo en el que permanecía el debate y, claro está, el mencionado Fallo FAL de 2012. Desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud, las autoras consideran que a partir de 2017 cambiaron tanto los marcos sociales como los legales para posibilitar un contexto que fue “de restrictivo a más permisivo, con la consecuencia de ir reduciendo el estigma que pesa sobre el aborto” (Fernández Vázquez y Brown, 2019, P. 73).

En la misma línea, Aizenberg et al. (2021) realizaron un estudio en las regiones centro y noroeste de Argentina, para conocer las percepciones de las personas acerca del acceso al aborto en el sistema de salud. Aquí es interesante tener en cuenta que su exposición da cuenta de una desigual disponibilidad de recursos en los servicios de salud de las zonas analizadas, a causa de diferentes obstaculizaciones que son tanto institucionales como personales. En este sentido son coincidentes con el trabajo de Dalia Szulik y Nina Zamberlin (2020) quienes, desde una perspectiva de mujeres que abortaron, estudian sus experiencias, analizan el recorrido que debieron transitar para lograr, o no, la interrupción, y observan que está impregnado de prejuicios, estigmatizaciones y frustración. Las autoras concluyen que antes de fines de 2020 existía una “legalidad oculta” para un servicio que era considerado como posible dentro de las llamadas causales amparadas en el Código Penal de Argentina, pero que se obstaculiza y ante la falta de información, no podía concretarse. Otros casos exponen las experiencias de mujeres que realizaron abortos ambulatorios con misoprostol, también antes de la legalización de la IVE, y confirman la existencia de las redes como vínculos necesarios para conseguir la droga de manera segura y para realizar la práctica exitosamente, en un marco de desinformación e ilegalidad (Mateo, 2024).

Pero una vez lograda la sanción de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), numerosos trabajos estudiaron los cambios sucedidos como consecuencia de esta normativa. Tanto Felitti (2021) como Julia Burton (2021) repasan e historizan los puntos más destacados que permitieron llegar a la legalización, pasando por diversos antecedentes tanto sociales, de la militancia feminista como legales y políticos.

En relación con lo que sucede en las provincias y esta ley, se llevó a cabo una investigación en la provincia de Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe con financiamiento otorgado por la convocatoria PICTO Género de 2022, de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, y a cargo de Patricia Schwarz, llamado “Derechos sexuales y accesibilidad a los servicios de salud. Un estudio comparativo en territorios vulnerabilizados del área metropolitana de Buenos Aires, Mendoza y Santa Fe, en situación de pandemia y pospandemia” (Schwarz, 2022). Si bien está focalizado en un contexto particular, permite crear bases de datos para continuar las investigaciones en la temática.

El trabajo de Claudia Anzorena (2021) brinda un actualizado repaso a través de leyes, normativas y documentos y recorre las políticas creadas a fin de mejorar y ampliar derechos en las vidas de mujeres y personas de los colectivos LGTTBIQ+ en Argentina. Por su parte, Victoria Tiseyra et al. (2023) han presentado un importante recuento de la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en Argentina desde la recuperación de la democracia, al pasar por diversos hitos de estos 40 años. Se proponen pensar los logros en esas cuatro décadas pero también las deudas que todavía persisten para algunos colectivos, como el de la discapacidad o las causadas por las diferencias territoriales del país. Burton y Vacarezza (2024) caracterizan a la organización *Socorristas en red* a partir de su experiencia acompañando abortos y su autodenominación como “feministas que abortamos”, a partir de las experiencias colectivas del activismo vistas en sus intervenciones artísticas y culturales.

También se destacan los reportes e informes realizados por las organizaciones de la sociedad civil, que permiten tener insumos para estudios como el presente. Inclusive desde el Ministerio de Salud de la Nación y su Dirección de Salud sexual, durante el período 2019-2023 se produjeron numerosos instrumentos, informes, reuniones, capacitaciones, entre otros, que brindan datos y permiten conocer el estado de situación a nivel federal. Entre ellos, la Dirección lanza a partir de 2021 el informe anual ImplementAr, a fin de exponer la información sobre cómo se estaba realizando la aplicación de la ley de IVE por parte del Ministerio de Salud. A partir de 2022 también se publican los Tableros de Monitoreo para la toma de decisiones. Ambos instrumentos tienen la finalidad y característica de brindar información y datos de los que antes se carecía. Además, la Dirección también actualiza las Guías y Protocolos de atención a personas que accedan a la interrupción de un embarazo para el personal técnico y equipos de salud.

Por su parte, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) inaugura el Proyecto Mirar como iniciativa de la sociedad civil que busca observar y monitorear la implementación de la misma ley, con el objetivo de colaborar para la toma de decisiones. A partir de allí se puede consultar su web y bajo el título “El aborto en números” podemos acceder a información actualizada y útil. Finalmente, CEDES junto a la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA) publicaron en 2024 el Estudio Lucía, que consiste en los resultados de una encuesta sobre el uso y las preferencias de métodos anticonceptivos de mujeres argentinas de entre 15 y 49 años.

Con respecto a la salud sexual en Tucumán, los pocos antecedentes en el ámbito académico sobre políticas públicas motivaron en un primer momento el interés por la temática. Sin embargo, es destacable el esfuerzo que realizaron Patricia Arenas, Rosa Isaac y Luisa Vivanco (2004) a través de un trabajo de tipo antropológico sobre la violencia institucional y su vínculo con la salud y el género en el Instituto de Maternidad de San Miguel de Tucumán. Si bien se trata de un trabajo muy lejano en el tiempo al nuestro, al tratarse de una investigación desde dentro de dicho hospital y en un contexto de profundo ajuste económico y crisis social, conformó una de las bases y aportó importantes datos para la realización de esta tesis.

Luego, Soledad Deza, Alejandra Iriarte y Mariana Álvarez (2014) realizaron un análisis de la salud, autonomía y libertad reproductiva de las mujeres en uno de los estudios más significativos sobre la situación legal de las tucumanas y sus derechos sexuales y reproductivos. En esta publicación se reflejan los casos judicializados de mujeres que ingresaron a hospitales de la provincia a causa de eventos obstétricos. Asimismo, el equipo de la Fundación *Mujeres x Mujeres* realizó en dos ocasiones un “Monitoreo Social sobre anticoncepción e interrupción legal del embarazo en Tucumán” (2017 y 2023). Estos trabajos aportan datos para conocer la situación del acceso a información sobre salud sexual, planificación de la reproducción y métodos anticonceptivos. El enfoque es de derechos y especialmente de la salud sexual como un derecho humano y que en ocasiones en la provincia se ven vulnerados debido a la objeción de conciencia y creencias personales del personal médico y administrativo del sistema público de salud.

Sobre los feminismos en la provincia de Tucumán, algunos trabajos narran la historia del movimiento de mujeres en la provincia y algunos de sus hitos más destacados, así como la

descripción de las organizaciones políticas, sindicales, universitarias y demás formas de agrupación que existieron, vinculados al contexto que excede a la presencia de las mujeres en la política y sociedad tucumanas (Vignoli et al., 2021).

A su vez, sobre casos resonantes de vulneración de derechos sexuales y (no) reproductivos, contamos con los trabajos de Melisa Sanchez y Cecilia Johnson (2020) sobre la disputa de sentidos sobre maternidad, familia, niñez o derechos sexuales en el caso de “Lucía”, al analizar los discursos que pesaron sobre este evento desde una perspectiva feminista. Acerca del caso “Belén”, Deza (2018) desglosa los elementos involucrados para exponer la necesidad de una defensa técnica feminista en un caso como éste, mientras que Gabriela Irrazábal y Felitti (2018) analizan el status que se le otorgó en este caso al “no nacido” por parte de quienes se oponen al aborto. Finalmente, Julieta Cano (2018) abre la discusión acerca de cómo el discurso jurídico construye sentidos y legitima ideas sobre los cuerpos de las mujeres a partir de tomar como ejemplo a “Belén”.

Muchas investigadoras estudiaron cómo las creencias personales tiñen las decisiones en salud pública al momento de objetar la conciencia por parte del personal de salud. Por ejemplo, en casos de abortos no punibles en Tucumán y otras provincias (Deza, 2017) o a través de la figura de los comités de ética en los hospitales públicos, que incidieron en la negación de un aborto no punible a una joven discapacitada por un embarazo producto de un abuso sexual (Irrazábal, 2015). En otros casos se presentan estudios empíricos sobre cómo se utiliza la objeción de conciencia por motivos religiosos ante el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y al Plan de vacunación obligatoria en Argentina, en el primer caso por parte de profesionales de la salud y en el segundo, por pacientes (Belli, Irrazábal y Funes, 2019). Las investigaciones existentes en la temática reflejan que lejos de haberse logrado un consenso, la cuestión de la objeción de conciencia sigue siendo un campo en tensión, que no debería ser utilizado para limitar u obstaculizar los derechos de las personas.

De hecho, María Angélica Peñas Defago (2019) explica que las formas en que activistas y conservadores se oponen y operan en contra de los derechos sexuales y (no) reproductivos incluye la objeción de conciencia, la vida embrionaria como absoluto universal y la educación de niños, niñas y adolescentes como rehén de un pánico moral a la desaparición de lo que conocemos como la familia tradicional.

En relación con lo anterior, componen dos antecedentes de suma importancia las investigaciones de Lina Carrera, Natalia Saralegui Ferrante y Gloria Orrego-Hoyos (2020;

2023) en los que reúnen y analizan en detalle casos de mujeres que fueron juzgadas y condenadas por eventos obstétricos sin suficientes pruebas de delitos como homicidio, mientras que se trataba de abortos espontáneos. En la segunda parte de su estudio, profundizan en describir el engranaje jurídico, médico y religioso que lleva a que se denuncie y criminalice a pacientes, violando el secreto profesional y la confidencialidad de las personas.

Estas últimas menciones nos llevan a profundizar en la relación entre política, religión y sexualidad. Es una arena a la que consideramos que numerosos académicos y académicas han dedicado sus esfuerzos y que, sin embargo, permite nuevas reflexiones continuamente al calor de los cambios y dinamismo de nuestras sociedades. Por ello, tenemos en cuenta en primer lugar el tratamiento legislativo de normas analizadas en esta tesis, y las similitudes que presentó con otras de relevancia como la Ley de ESI en su momento (año 2006). Ésta atravesó una compleja trayectoria y, como expone Juan Cruz Esquivel (2013), su conflictiva aprobación e inestable derrotero dan muestras de cuán arraigada está la cultura religiosa en la vida política del país. Esto nos llevó a profundizar en el estudio de vínculos existentes entre sexualidad, política y religión, compleja trama de la cual sin dudas Tucumán no está nada exenta. El activismo conservador también tuvo protagonismo en la discusión de otros proyectos de ley, por lo cual puede caracterizarse como una actitud propositiva, no solamente reactiva (Brown, 2017) al ser el Congreso el espacio por excelencia para dar las disputas con relación a aborto, anticoncepción, salud y educación sexual, entre otros. De manera similar, la invención de la “ideología de género” materializa y moviliza pánicos morales y colabora a la construcción de lo que es malo, poder identificar al enemigo, situado ciertamente en los movimientos feministas y LGBTTIQ+ (Morán Faúndes, 2018).

Daniel Gutiérrez Martínez y Karina Felitti (2015) presentan un trabajo en conjunto para la reflexión y análisis de la visibilidad y luchas por el reconocimiento de la diversidad del cuerpo que se dan en la actualidad, así como de las vivencias en un mundo que ahora se piensa en términos de derechos y políticas específicas, reivindicados por los derechos humanos. Sostienen que para que un dogma sobre la sexualidad adquiera legitimidad debe cobrar sentido, y el sentido sólo tiene significado y dirección cuando es compartido por un grupo, sea este imaginado, ficticio o virtual.

Para brindar una base de datos para el análisis, es de utilidad el *Atlas de las Creencias Religiosas en la Argentina* (2013) y su versión más actualizada, la *Segunda Encuesta Nacional sobre Creencias y Actitudes Religiosas en la Argentina* (2019) muestran un estado de situación

sobre las creencias y las adscripciones religiosas. En esta última versión, con una encuesta de tipo probabilística, los autores buscan definir rupturas y continuidades. Así, algunos resultados a destacar indican que un 62% de la población argentina se reconoce como católica, mientras dos de cada 10 personas no se adscriben a ninguna (Mallimaci et al., 2019). También exponen las profundas complejidades a causa de la diversidad territorial, social, cultural y política, entre muchas otras características, que presentan los habitantes de Argentina.

Felitti (2011) indaga en las estrategias de comunicación de los católicos conservadores, tanto frente al aborto como a la ley de matrimonio igualitario, ya que considera que, a pesar de la distancia entre lo que la Iglesia católica pide a sus creyentes en materia de moral sexual y lo que cada fiel hace con ello, no ha menguado la influencia de la institución en los derechos sexuales de la población argentina. Juan Marco Vaggione (2010; 2014) refleja en sus investigaciones que si bien la modernidad modificó de algunas maneras el poder religioso, éste continúa permeando las formas contemporáneas en que se regula la sexualidad y la reproducción y la globalización no ha logrado desplazar lo religioso de lo político. Asimismo, propone que el impacto que tienen los diferentes movimientos feministas y de diversidad sexual en la lucha por sus derechos sexuales y reproductivos es lo que lleva a poner sobre el tapete las formas en que las distintas religiones, y en especial la católica, participan en las decisiones públicas, ya que la religión es una de las dimensiones legítimas de la política democrática y de lo público.

Otros autores explican las formas en que la religión, la política y la sexualidad se vinculan, interactúan y discuten a través de los actores y sus discursividades puestas en evidencia en los distintos espacios de la esfera pública (Vaggione y Esquivel, 2015). De manera similar, Vaggione et al. (2022) actualizan las reflexiones arriba mencionadas a la luz de los cambios y mutaciones en el mapa de los movimientos sociales en Latinoamérica, el fortalecimiento de los feminismos y los avances de los derechos sexuales y (no) reproductivos, reflejando un crecimiento del impacto que grupos feministas y LGBTTIQ+ tienen sobre los Estados y también sobre lo religioso (Vaggione et al., 2022).

Aquí es importante rescatar la propuesta de Vaggione y José Manuel Morán Faúndes (2022) cuando analizan y delimitan lo que atinadamente llaman “activismo neoconservador”. Este concepto busca mostrar al abanico de actores antagonistas a los colectivos ya sea feministas o LGBTTIQ+, sumados a los tradicionales conservadurismos, en defensa de los valores que consideran naturales o estables, apegados a la tradición cristiana y a la

moralización del espacio público de manera férrea. Lo que el prefijo “neo” viene a mostrar es cómo adquieren nuevas estrategias y modalidades, aggiornadas a los tiempos presentes, a pesar de su fuerte vinculación con un pasado tradicional y conservador que pretenden sostener.

Por su parte, la noción de “politización reactiva” sería la encarnada por los sectores opositores y que aparece en el debate público cuando la sexualidad es el objeto de discusión, ante lo cual se organizan para obstruir la conquista de nuevos derechos (Vaggione, 2014; Morán Faúndes y Vaggione, 2022).

De hecho, Morán Faúndes y Morgan (2018) explican los usos políticos que se da al sintagma “vida” por parte de grupos opositores, tomando como uno de los conceptos instrumentales al de gobernanza reproductiva. En este sentido, y a causa de que es un concepto troncal en esta tesis, nos parece importante también hacer mención a investigaciones previas empíricas que utilizaron asimismo el concepto. Por ejemplo, Claudia Fonseca et al. (2021) exponen un caso sucedido en el sur de Brasil en 2021 y a través del mismo reflexionan sobre los imaginarios de mujer-madre y los estigmas que pesan sobre las mujeres, especialmente pobres, cuando no cumplen con los roles sociales. En México, Madeleine Belfrage (2022) analiza la gobernanza reproductiva desde un caso local de ONGs que acompañan a mujeres que solicitan un aborto. Pone el foco en la autonomía reproductiva y cómo el acompañamiento de las activistas puede llevar a la sobremedicalización que tiene directo impacto en esa autonomía.

Finalmente, Natália M. Félix de Souza et al. (2023) amplían la lista de motivos por los cuales Lynn Morgan (2019) había concluido que “la reproducción sin dudas se encuentra en el centro de las políticas y de la gobernanza”. Es así que mencionan numerosos eventos a lo largo del mundo para hablar no solamente de la reproducción sino también del género y la sexualidad como centros de la controversia y las acometidas de los grupos y actores obstaculizadores.

Organización del contenido

Esta tesis se organiza en cinco capítulos estructurados desde lo más abstracto a lo más concreto como el caso puntual de análisis. En un primer momento, describimos y ubicamos la investigación en Tucumán, caracterizamos su territorio, repasamos los elementos más destacados de su historia y describimos su sistema provincial de salud. Luego nos detenemos

en un primer nivel de análisis, más abstracto, como es el de los tratados internacionales, para pasar a las dos leyes vigentes que nos permiten el marco de análisis. Luego de su historización y de arribar al nivel nacional, analizaremos las políticas públicas en Tucumán, como forma de ver materializado lo reconocido por las normativas.

A continuación, la lupa del análisis se posa en la situación de la salud sexual en la provincia de Tucumán y la descripción de sus actores e instituciones más relevantes. Es decir, proponemos una exposición que irá profundizando cada vez más el análisis. Finalmente, abordaremos dos de los casos más paradigmáticos sucedidos en la provincia como son el Caso Belén y el Caso Lucía. De entre muchos otros, nos decidimos por estas dos situaciones que tienen en común el haber vulnerado distintos derechos de dos mujeres de la provincia, en ocasiones en que acudieron al sistema de salud pública para atención de eventos (no) reproductivos. Con estos casos procuramos ejemplificar las vulnerabilidades a las que están potencialmente expuestas las mujeres tucumanas a causa del incumplimiento de lo establecido en normas internacionales y en las leyes de Argentina.

CAPÍTULO 1

EL ESCENARIO: TUCUMÁN

*La historia única crea estereotipos, y el problema con
los estereotipos no es que
sean falsos, sino que son incompletos. Convierten un
relato en el único relato.*
Chimamanda Ngozi Adichie

*Mi feminismo es, como el tuyo y según tu expresión,
un «feminismo de experiencias».*
Annie Ernaux a Rose-Marie Lagrave

1. 1. La provincia, su historia y vida política

La provincia de Tucumán es la más pequeña de Argentina, está ubicada en la región noroeste del país y su superficie es de 22.524 km². Según el último censo llevado a cabo en nuestro país, tiene una población total de 1.731.820 personas y una densidad de 76,7 habitantes por km². De ese total, 590.342 personas habitan la Capital, San Miguel de Tucumán, en 91 km², lo que lo convierte en el Departamento más densamente poblado de la provincia.

Tiene un importante historial de luchas estudiantiles y obreras, de organización por la defensa de los derechos humanos y de resistencia a los gobiernos militares que se sucedieron en nuestro país, especialmente al Operativo Independencia que tuvo lugar en el territorio provincial en los años previos a la dictadura de 1976. A su vez, las provincias de la región Noroeste vivieron históricamente un profundo deterioro social, y tuvieron importantes segmentos de población afectados por los problemas de empleo. Entre los años 1980 y 2002 las economías del NOA fueron sumamente afectadas por las transformaciones económicas neoliberales, como el proceso de desindustrialización, las crisis de diversos cultivos ligados al mercado interno, y un retroceso de actividades importantes como el comercio o la construcción, procesos que se agravaron en el marco de la recesión de 1998-2002 (Osatinsky, 2018), tema en el que profundizaremos luego.

Geográficamente se ubica en el corazón del noroeste del país, limita con las provincias de Salta al norte, Santiago del Estero al este y sur, y con Catamarca al oeste y sur. Su

territorio se caracteriza por los contrastes geográficos y la diversidad de paisajes, con zonas de llanura y sus características montañas y valles, climas secos y húmedos, selvas de montaña, tierras áridas, ciudades, pueblos y zonas de ruinas de pueblos originarios y territorios ancestrales. En efecto, estas características territoriales son importantes de considerar ya que impactan en la distribución de habitantes: las zonas de montaña tienen menor población que los grandes centros urbanos, como la capital.

Por otro lado, la provincia es atravesada por el Río Salí, el río de mayor importancia de la zona, cuya cuenca se extiende por las provincias de Catamarca, Córdoba, Salta, Santiago del Estero y Tucumán. La cuenca abarca unos 57.000 km² y en ella viven aproximadamente 2.5 millones de personas. Pero el Río Salí desagua la mayor parte en Tucumán, con afluentes de Salta y Catamarca. Cuando atraviesa el límite provincial de Santiago del Estero cambia de nombre a Río Dulce, y de forma diagonal desemboca en la laguna Mar Chiquita, en Córdoba.

A pesar de la importancia que podemos observar, la gran contaminación de origen industrial de la Cuenca Salí Dulce imposibilita su uso recreativo, deportivo u otros, especialmente en la provincia de Tucumán, la más contaminante de toda la cuenca.

A su vez, en cuanto al suelo, Tucumán posee una particular diversidad agroecológica. Tiene clima predominantemente subtropical con una estación seca, el invierno, y diversos microclimas que potenciaron históricamente su carácter netamente productivo. Además de lo climático, se vio beneficiada por la disponibilidad de recursos hídricos tanto superficiales como subterráneos para la bondad del desarrollo agropecuario e industrial.



Imagen N° 1: Mapa de la provincia de Tucumán. Fuente: Educ.ar

Políticamente, se divide en 17 departamentos y las ciudades de San Miguel de Tucumán, Yerba Buena, Banda del Río Salí, Alderetes, Tañi Viejo, Las Talitas y El Manantial forman el conglomerado urbano conocido como el Gran San Miguel de Tucumán, conformado por aproximadamente un millón de habitantes y que va desde terrenos altos y montañosos al oeste, hasta la llanura y el río en la zona este.

Tempranamente fue protagonista de la historia argentina, al ser sede del Congreso de Tucumán en el cual se firmó el Acta de la Independencia en la Casa Histórica el 9 de julio de 1816. Además ha tenido una de las urbanizaciones más tempranas del Noroeste y a principios del siglo XX más del 40% de su población ya se encontraba residiendo en pequeñas ciudades.

En el aspecto económico, la caña de azúcar es la principal producción agrícola, con una participación de más del 50% del PBI agrícola provincial y responsable del 65% del azúcar producida en el país. De los 15 ingenios azucareros que existen aún en Tucumán, 11 de ellos poseen destilerías para producir alcohol y, de esos, seis producen bioetanol lo que la convierte en la provincia que más bioetanol genera. En importancia le sigue la industria citrícola, dedicada a la producción de limones, con una cosecha de fruta que se comercializa en todo el país e inclusive se exporta a Europa y EEUU. Luego se suman a la producción la frutilla, la

palta, el tabaco, arándanos, hortalizas y distintos granos (Portal Oficial del Gobierno de Tucumán, 2024).

Pero la azucarera es la que quizás ha marcado más que todas a la historia tucumana. La realidad de los trabajadores del surco, como se denomina a los obreros de la zafra³, se caracterizó por injusticias y opresiones, así como la de muchos otros trabajadores rurales: condiciones de precariedad, inestabilidad y pobreza marcaron a esta labor desde sus inicios. Era una agroindustria que prometía, por el desarrollo sostenido que tenía, tanto una integración temprana al capitalismo nacional como un futuro posible para las poblaciones del Noroeste.

Una de las señas identificatorias de esta actividad fue que toda la familia trabajaba en el surco, desde los niños y niñas hasta los adultos, a fines de cosechar más caña y que eso redituara en mayores ingresos. A las jornadas domésticas de las mujeres se sumaron las labores al lado de sus maridos peones del cañaveral (Vignoli et al., 2021).

En 1965, 27 ingenios azucareros funcionaban dentro del territorio tucumano. Hay que destacar, a su vez, que se trata de una actividad estacional. La zafra tiene lugar durante los meses de junio hasta octubre, y a veces noviembre, lo que promueve una situación de periódica inmigración de quienes trabajan en la actividad. Así es que, cuando luego la dictadura de Onganía cerró y desmanteló los ingenios tucumanos —se cierran 11 de los mencionados 27— muchas mujeres jugaron roles predominantes en la protesta social y en diferentes modos de resistencia (Vignoli et al., 2021).

El impacto de esta situación fue tal que marcó para siempre la historia: 50 mil obreros despedidos y un nivel de desocupación que llegó a quince puntos, tres veces más que la media nacional; más de 200 mil tucumanos y tucumanas (aproximadamente un tercio de la población) emigraron a otras provincias, la mayoría a Buenos Aires. Hasta la actualidad la vida cultural, histórica y social sigue dando testimonios de esta herida histórica.

Además de centro industrial, la provincia fue un histórico polo educativo e intelectual del NOA. Si bien hoy comparte con toda la región la creación de nuevas universidades, centros de investigación y una nutrida vida cultural, el hecho de que su Universidad haya sido fundada en 1914 la convirtió en la primera de la región y la cuarta a nivel nacional, luego de las de Buenos Aires, Córdoba y La Plata. Fue nacionalizada en 1921 luego de la Reforma

³ Así se denomina particularmente a la cosecha de caña de azúcar.

Universitaria y a partir de allí comenzó un crecimiento notable, que la hizo el centro académico y científico que hoy sigue siendo. Era característico que muchos estudiantes de otras provincias, en especial del norte grande, se trasladaran a vivir y estudiar en Tucumán. Esto se vio especialmente en áreas como la medicina y otras carreras relacionadas (Fernández, 2017).

Esta confluencia de una nutrida vida universitaria y, como consecuencia, juvenil, hizo que tuviera también una activa vida cultural, artística, intelectual y política a partir del siglo XX en adelante. De este aspecto tampoco estuvieron exentos los movimientos sociales, sindicales y feministas que en la provincia tuvieron un rol activo en diversos momentos bisagra de la historia argentina, como en el cierre de los ingenios que mencionamos antes, la última dictadura cívico-militar y los posteriores gobiernos de ajuste, solo por mencionar algunos.

En el año 2001, a inicios del período aquí estudiado, la provincia presentaba un porcentaje de casi un 60% de hogares pobres y no era una excepción en el noroeste y noreste argentinos, que tenían similares indicadores. Osatinsky (2019) explica que tradicionalmente se trató de “la economía más dinámica de la región. Con el desarrollo desde fines del siglo XIX de la industria azucarera, y con otras producciones menores orientadas al mercado interno, se fueron estructurando los distintos sectores económicos, proceso que contó con algún grado de protección del Estado” (P. 2). Debido a la implementación de un modelo neoliberal, se produjo la detención del crecimiento de la producción nacional, un acelerado proceso de desindustrialización y otras transformaciones estructurales que impactaron fuertemente en la provincia. Como veremos más adelante, el sistema sanitario estatal no pudo evadir la crisis de finales del siglo XX y comienzos del XXI, lo que repercutió especialmente en usuarios y usuarias.

Otro momento decisivo para la vida y la política tucumana es el surgimiento de la fuerza política denominada “bussismo”. Entre fines de 1974 y el año 1975 en Tucumán comienza el “*Operativo Independencia*”, ejecutado por el ejército argentino y avalado por la presidencia de Isabel Martínez de Perón. Esta intervención en el territorio significó persecuciones a líderes políticos y obreros, torturas y detenciones, muchas veces seguidas de desapariciones ilegales y asesinatos y se dispusieron los primeros centros clandestinos de detención, con las mismas modalidades que luego tomaría la Dictadura cívico militar a partir de 1976.

El Operativo fue comandado por el represor Antonio Domingo Bussi, general del ejército destinado a este territorio, que luego fundaría su propio espacio político, llamado *Fuerza Republicana*. A partir de 1987, el partido se presenta en todas las elecciones democráticas tanto locales como nacionales, y es desde allí que va cobrando legitimidad y sumando apoyos. Su conductor fue responsable de numerosos delitos de Lesa Humanidad y comenzó a ser juzgado recién en 2003. Sin embargo, en 1995 había sido electo como gobernador de la provincia hasta 1999, sin dejar de presentarse luego a otras elecciones. Por tanto, el “bussismo” es un espacio político caracterizado a lo largo de los años por el autoritarismo y la reivindicación de la violencia durante las dictaduras en nuestro país, esgrimiendo además la teoría de la guerra justificada por la necesidad de acabar con la subversión.

El partido de derecha conservadora que fundara el genocida continúa siendo una fuerza política en la provincia, y es su hijo quien lo preside, Ricardo Bussi. A pesar de los antecedentes de este espacio y de su fundador, sigue siendo una opción vigente y con más o menos éxito cosecha votos y bancas en las cámaras legislativas locales y nacionales. Muchas y muchos historiadores intentaron comprender cómo una figura que había ejercido tanta violencia y horror pudo haber cosechado una gran cantidad de votos y construir legitimidad como para llegar a ser gobernador de la provincia, con múltiples hipótesis posibles (Crenzel, 1998). Lo cierto es que este partido, ya sea en el pasado desde la propia voz del represor o en quienes lo sucedieron, no oculta nunca su discurso a favor del orden, de “la mano dura” ante la delincuencia o la promesa de sostener una moral tradicional, de defensa de la propiedad privada y no injerencia de “lo otro”, lo diferente o lo ajeno.

Si bien los índices de pobreza y desocupación de la crisis de principios del siglo XXI lograron bajarse, esto tuvo fuertes huellas en lo sanitario.

Desde 2023, el gobernador provincial es Osvaldo Jaldo, contador de profesión, quien fue vicegobernador en el período inmediatamente anterior. Le precedió en ese cargo Juan Manzur (2015-2023, con licencia de 2021 en adelante), que fue a su vez vicegobernador de José Alperovich (2007-2009), ministro de Salud de la Nación en parte de los dos gobiernos de Cristina Fernández de Kirchner (2009-2015) y Jefe de Gabinete en la presidencia de Alberto Fernández (2021-2023). Ambos, Manzur y Jaldo, se identifican con el partido político justicialista de la provincia.

Manzur es médico sanitarista y legalista, características que no son menores si pensamos que desempeñó en muchas ocasiones cargos políticos y de gestión de salud. De hecho, su carrera política se inicia en el ámbito público de la salud, en el Municipio de La Matanza, luego en la provincia de San Luis, hasta que es convocado por el exgobernador, desde 2024 condenado y preso por abusos sexuales, José Alperovich. Manzur es, además, católico y tanto él como Jaldo se pronunciaron en 2018 en contra de la legalización del aborto y utilizaron el símbolo del “pañuelo celeste”. Esto es relevante debido a que Manzur es quien llega como ministro de Salud de la provincia en 2003, cuando la salud atravesaba por un período decididamente crítico y los índices de desnutrición infantil llevan a la provincia a ser tapa de los diarios nacionales. Estos datos serán de mayor relevancia cuando abordemos puntualmente las disputas por la salud sexual y las políticas públicas

En este apartado partimos de caracterizar, aunque de manera sintética, a la provincia y sus puntos destacados. A continuación abordamos con profundidad primero los movimientos de mujeres y feminismos de la provincia, para luego pasar a la descripción del sistema de salud tucumano. El objetivo es acercarnos cada vez más al análisis de la situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres de Tucumán dentro del marco temporal propuesto para esta tesis.

1. 1. 2. El movimiento de mujeres y feminista

Si bien a partir de los años 60 en Tucumán distintos eventos políticos generan que las mujeres participen de luchas sindicales o universitarias, fue hasta las primeras décadas del siglo XXI que el feminismo fue tomando forma y contundencia tal como movimiento social.

Por una parte, la provincia fue dos veces sede de los multitudinarios y emblemáticos *Encuentros Nacionales de Mujeres* (ENM): por primera vez en 1993 y luego en 2009. El primero implicó el nacimiento de una relación más fluida entre el movimiento de mujeres de Tucumán y el feminismo, que iba cobrando fuerza. Por su parte, el segundo encontró a un movimiento de mujeres más posicionado, con más herramientas de organización y de lucha, ligadas a las experiencias políticas de diferentes ideologías, así como también con más resistencia de los sectores católicos de la provincia (Vignoli et al., 2021).

Entre 2005 y 2006 empieza a fortalecerse en la provincia la *Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito*. Las distintas discusiones sobre legalización del aborto, en 2018 y en 2020, cuando finalmente se aprueba el proyecto de ley, también generan debates en la provincia, en las organizaciones de mujeres, sindicales, universitarias y políticas y fortalecen la presencia de la *Campaña* en Tucumán y la popularización del pañuelo verde, símbolo con el que ya identificamos a la consigna articulada desde esta organización: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”. En homenaje y reivindicación al pañuelo blanco que caracteriza a las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo y a su lucha por la aparición de sus hijos y nietos desaparecidos y apropiados durante la última dictadura, el símbolo de color verde replica en el espacio público el reclamo del movimientos de mujeres argentinas a favor del aborto legal, y ha sido replicado como emblema de esta lucha en diversos países de América Latina (Vacarezza, 2020).

Agrupaciones tales como CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres), los grupos feministas del PCR y del Partido Obrero, entre otros partidos de izquierda, del Partido Justicialista y del radicalismo, así como el creciente colectivo LGBTTIQ+, forman parte del campo feminista y de los movimientos sociales que comienzan a nuclearse y acompañarse ante demandas comunes.

En esta misma línea, en la provincia se conformó como grupo la *Red de Profesionales por el Derecho a Decidir* en el año 2015, según explican sus integrantes en las entrevistas. Surge con el objetivo de garantizar y afianzar a nivel provincial las políticas nacionales de acceso a interrupciones legales del embarazo o el efectivo cumplimiento de la ESI, pero que en cada territorio tienen demandas particulares. La *Red* nace de un entramado feminista, impulsada por la *Campaña Nacional* antes mencionada y concebida como una de las estrategias para asegurar abortos en las instituciones sanitarias de gestión pública y gratuitas (Drovetta, 2018) con experiencias similares en diversas provincias. Es interdisciplinar, es decir que la componen no solamente profesionales de la salud asistencial sino también abogadas, abogados, trabajadores sociales, psicólogos y psicólogas sociales, trabajadores del territorio, entre muchos otros. Antes de la legalización de la IVE, la *Red* tenía un rol importante en asegurar el acceso a métodos anticoncepción, evitar que se criminalice a mujeres con capacidad de gestar que solicitaran una ILE y en frenar las embestidas de los sectores conservadores o antiderechos de las mujeres. Además, expresan que ponen por

delante una relación en red entre profesionales, contactos y espacios que sean “amigables” para las mujeres y personas de la diversidad sexual para intentar subvertir la relación tradicional entre médicos, médicas y pacientes y que sea un vínculo de escucha, diálogo y respeto. Esto se debe a un propósito consciente de “llevar adelante las consultas en base a un modelo de atención al aborto más integral, que no implique sólo el procedimiento, sino desarrollando, paralelamente, espacios para las conserjerías pre y post aborto” (Drovetta, 2018, p. 25). En consecuencia, la *Red* busca estar presente en el espacio de salud para disputar un modelo que entienda a la salud no como mercancía sino como un derecho.

Por su parte, el espacio *Ni Una Menos* (NUM) local se constituyó en 2017, y estuvo compuesto por unas 50 organizaciones en sus inicios. A nivel nacional, el movimiento de mujeres se fortalece como actor relevante en la arena pública luego de la convocatoria y congregación frente al Congreso de la Nación en Buenos Aires, el 3 de junio de 2015, con la masiva marcha conocida como el primer “Ni Una Menos”. Las convocantes fueron mujeres de los medios de comunicación, lo que puede haber potenciado y masificado la presencia en las calles. El evento se replicó en México, Ecuador, Colombia, Perú, Venezuela, Chile, Guatemala, Costa Rica, entre muchas otros, además de ciudades europeas (Barrancos, 2022). El año siguiente, en la misma fecha, una multitud se volvió a reunir, esta vez bajo el lema *#VivasNosQueremos* y así quedó instaurada el 3 de junio como fecha emblemática. La reunión de tantos movimientos y organizaciones de diversos espacios políticos reveló lo frágil de la vida de las mujeres y la constante amenaza que pesa sobre sus cuerpos (Bilbao, 2017).

La réplica en Tucumán se sintió con más fuerza en 2017, con las reuniones locales que gravitaron alrededor del *Paro Internacional de Mujeres* del 8 de marzo de ese año, al cual se adhirieron 57 países. Esta protesta se sumó al emblemático 8M del movimiento de mujeres mundial, con una articulación internacional detrás del #8M que, gracias a las tecnologías digitales posibilitó la vinculación entre tecnoactivistas de diversos países por las redes sociales (Laudano, 2020). Se sostenía la idea de que somos las mujeres quienes colaboramos con la economía y el desarrollo de los países, y, sin embargo, somos quienes más sufrimos la precarización laboral, el acoso, la falta de reconocimiento y la explotación con fines sexuales, entre muchas demandas. En el caso tucumano, a la tradicional marcha del 8 de Marzo, en la que ya habían cristalizado los reclamos “Vivas Nos Queremos” o “Ni Una Muerta Más” desde 2015, se sumaron el *Paro Internacional* y las consignas tanto en el espacio digital

como en la marcha con carteles como “Si nuestras vidas no valen, produzcan sin nosotras” o “Nosotras movemos el mundo”.

En estos inicios fue fundamental la comunicación alternativa y las periodistas feministas. El NUM fue “un vector” que posibilitó pensar las formas propias de hacer política, las nuevas formas de denunciar y luchar ante demandas situadas (Vignoli et al., 2021). Es decir que a partir del 2010 el movimiento feminista y LGBTTIQ+ de la provincia fue tomando forma y robusteciendo su organización y presencia en la discusión pública, a fines de conformarse como actor político de relevancia.

Casos de mucha relevancia local han suscitado movilización y despertaron la atención a partir de la desaparición de Marita Verón y otras mujeres víctimas de trata de personas; los asesinatos de las jóvenes Paulina Lebbos, aún impune, y el de la docente Paola Tacacho en la vía pública; los casos de María Magdalena, Belén y la niña Lucía en el área de salud, que luego analizaremos con más detalles, son todavía resonantes y pusieron el foco en la violencia a la que las mujeres y disidencias sexo genéricas están expuestas, ya que a estos se suman casos de trans-travesticidios ocurridos en la provincia. Ante estas situaciones alarmantes el feminismo tucumano acompañó los reclamos de familiares y de víctimas, junto a muchos otros movimientos sociales, en actos, marchas, y concentraciones en la puerta de instituciones públicas involucradas y/o responsables de medidas de reparación o justicia. La Plaza Independencia, espacio público central de la capital tucumana, es el punto de reunión por excelencia, ya que frente a ella, en uno de sus lados, se encuentra la Casa de Gobierno donde se desempeña el Poder Ejecutivo provincial y, además como en la mayoría de las ciudades de la América hispana, la Iglesia catedral está ubicada en una de sus calles laterales. Algunos medios tradicionales replican los distintos reclamos, especialmente cuando es ocupada la calle, pero quienes comunican con perspectiva de género y forman parte activa de las movilizaciones son los medios alternativos, feministas, populares y comunitarios de Tucumán, tales como *La Nota*, *La Palta*, *Meta Crisis* y otros.

Finalmente, pero no menos importante, a estas agrupaciones se suman las organizaciones de la sociedad civil de relevancia, que en muchos de los casos participan como litigantes o defensoras de personas damnificadas, ya que están compuestas por abogados y abogadas. De relevancia podemos nombrar a *ANDHES* (Abogados y Abogadas del NOA en DDHH y Estudios Sociales), que se dedica a litigios estratégicos, defensa de los derechos de los pueblos originarios, derechos sexuales, violencia institucional y participación

ciudadana en Tucumán, Jujuy y Salta; a la fundación *Mujeres X Mujeres*, surgida originalmente del vínculo de sus militantes con *Católicas por el Derecho a Decidir*, que se autodefine como “Un espacio feminista, interdisciplinario e intergeneracional de activistas tucumanas que defendemos los derechos de las mujeres y diversidades”. Esta última se dedica a la promoción y defensa de los derechos humanos de mujeres y personas de la diversidad, con marcada orientación hacia derechos sexuales y reproductivos, activismo y litigio estratégico de dichas áreas.

Estas ONGs además cuentan con la vinculación y el apoyo de algunos actores de mayor alcance y proyección como *Amnistía Internacional*, *ONU Mujeres* o la mencionada *Católicas por el Derecho a Decidir*, con base en la provincia de Córdoba. De esta manera, estos distintos espacios de activismo y organización colectiva conforman el mapa de los movimientos sociales y feministas de mayor relevancia en la provincia para el tema que nos ocupa, lo que nos permite acercarnos con mayor profundidad a los actores de importancia pública y política.

i. Una experiencia de articulación entre militancia y atención médica

Una experiencia que vincula el acceso a la salud en la provincia de Tucumán con la militancia feminista es el espacio de atención denominado Consultorio de Salud Integral (CSI). Si bien se trata de un espacio que brinda servicios dentro del subsector privado, es una experiencia novedosa y atendible debido a que articula las perspectivas del activismo feminista al tiempo que ofrece atención médica. Se enfoca particularmente en la atención de salud sexual a mujeres cis, personas trans, no binarias y lesbianas y, además, aborda la difusión de la salud sexual en general a través de la visibilización y publicidad de sus servicios en redes sociales.

El CSI se encuentra ubicado en la capital tucumana, atiende de manera particular o por medio de obras sociales y prepagas y desde su origen —en 2019— se conformó como cooperativa de trabajo y trabajan de manera horizontal, a partir de asambleas y de una remuneración equitativa para quienes integran el equipo. Se construyen como un espacio de salud junto a la persona que consulta, con la intención de ir a contrapelo de las consultas médicas en su mayoría, marcadas por una atención vertical, unidireccional, patriarcal y que pone el foco en lo asistencial, sin tener en cuenta la voz y el deseo de la persona consultante.

En 2023, según una de nuestras entrevistadas, contaba solamente con una médica ginecóloga, además de una médica generalista y una médica psiquiatra. El resto de tareas de acompañamiento y orientación son realizadas por el equipo que lo constituye.

Está formado por activistas feministas y profesionales de la salud con enfoque en la salud sexual y (no) reproductiva desde una perspectiva de géneros y derechos humanos. Su presentación en la página oficial de *Facebook*⁴ hace hincapié en este sentido:

El equipo del Consultorio de Salud Integral está conformado por profesionales, activistas sociales y feministas que nos organizamos para dar respuesta a demandas en salud sexual y (no) reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos y de género (Presentación, Facebook del CSI, 10 de abril de 2025).

Sus integrantes eran militantes del espacio “Socorro Rosa” de Tucumán, cuando éste formaba parte a su vez de la *Red de Socorristas*. Es decir que previamente ya acompañaban a personas gestantes que deseaban abortar.

Entre las prestaciones médicas que brindan están las consejerías en salud sexual, que incluyen la orientación en las opciones disponibles en un espacio de intimidad y confidencialidad, pero que van más allá de la consulta por salud reproductiva. Además, ofrecen servicios de salud sexual no reproductiva como: métodos anticonceptivos: pastillas anticonceptivas mensuales, inyectables mensuales y trimestrales; métodos de larga duración como información y colocación de Dispositivos Intrauterinos (DIU) de cobre y hormonal, implantes subdérmicos y esterilización (vasectomía y ligadura tubaria); la disposición y entrega libre y gratuita de preservativos para penes, y del anticonceptivo oral de emergencia. Es decir, respetan y abarcan a la totalidad de la canasta anticonceptiva disponible. Además, dan información sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sobre salud no reproductiva (información sobre el procedimiento para la realización de abortos), enunciado en sus redes sociales como “Test de embarazo y orientación en opciones” y atención a personas trans (consejería sobre tratamientos de hormonización, derechos que les asisten, marco normativo vigente, etc).

Pero, sumado a esto, en el CSI se pueden solicitar turnos para chequeos ginecológicos, realización de estudios como *papanicolaou* y colposcopia, y atención con profesionales en

⁴ El espacio en la red social Facebook del Consultorio es <https://www.facebook.com/consultoriodesaludintegraltuc/>

salud mental, tanto para adolescentes como para adultos y adultas. Otra de sus prestaciones es acompañar la interrupción de embarazos no intencionales.

Es posible encontrar en las redes del CSI datos sobre interrupciones del embarazo realizadas hasta fines del año 2021, a un año de la legalización del aborto voluntario: 281 personas acompañadas (20 abortos realizados por mes aproximadamente), de los cuales el 58% fueron tratamientos quirúrgicos AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y un 47% tratamiento farmacológico. Registraban, hasta 2022, un total de 60 consultas atendidas a través de obras sociales.

Como forma de dar continuidad al perfil militante del CSI, sostienen la difusión y promoción de derechos sexuales y (no) reproductivos, atención de salud centrada en el respeto por la diversidad, además de divulgar las leyes existentes con perspectiva de género, los derechos que asisten a las personas consultantes de salud, entre otros, a través de sus redes sociales (*Instagram y Facebook*). Se presentan como un espacio que aborda la salud de las personas de manera integral, respetuoso por los ítems mencionados anteriormente, con un marcado enfoque en los derechos humanos, por lo cual conlleva un caso de atención respetuosa en este ámbito.

Es considerado un “modelo de buenas prácticas” en salud sexual y (no) reproductiva, deseable de ser imitado por otros espacios. Sin embargo, resulta privativo para las personas que puedan pagarlo o que posean obras sociales o cobertura a través de prepagas, lo que excluye a quienes no poseen el capital económico para pagarlo. Surge y mantiene un fuerte lazo entre una militancia por los derechos sexuales y (no) reproductivos y la práctica médica concreta, entre sus posiciones políticas y éticas y el trabajo en atención de la salud. A nivel institucional, es la única iniciativa de este tipo en toda la provincia, con una mirada integral, más allá de casos de profesionales de la salud sexual o reproductiva que se reconocen respetuosos de los derechos y atienden con perspectiva de género.

A continuación, abordaremos el sistema público de salud provincial propiamente, una breve historia de su conformación y las características más relevantes de su actualidad.

1. 2. El sistema de salud en Tucumán: descentralización, crisis y resurgimiento

El sistema de salud de la provincia de Tucumán adopta su forma actual en 1984, cuando se crea el Sistema Provincial de Salud, más conocido como SIPROSA. En esa fecha, una ley provincial da origen a un ente autárquico, a cargo de la promoción y la asistencia integral de la salud del territorio provincial y encabezado por el ministro de Salud de la provincia. En los años que duró esta investigación el mismo estuvo a cargo tanto de la Dra. Rossana Chahla (2015-2021), médica ginecóloga, y del Dr. Luis Medina Ruiz (2021 en adelante), médico general.

En nuestro país, es el Ministerio de Salud de la Nación quien cumple con la función de coordinación, regulación y asistencia técnica entre los tres niveles jurisdiccionales (nacional, provincial y municipal) y entre los subsectores en que está dividida la salud: estatal, seguridad social y privado. Al ser un país federal, cada nivel de gobierno administra de manera autónoma, en este caso, su subsistema estatal y su programa sanitario local, lo que ha derivado en que cada región presente particularidades propias y numerosas desigualdades como consecuencia (Ramacciotti, 2023). A su vez, la organización sanitaria se divide en el sector público, las obras sociales y el sector privado, que además de dividirse en estas áreas está caracterizado por desigualdades territoriales y una marcada fragmentación (Ramacciotti, 2023). El sistema público, que es el que analizamos en este trabajo, debe brindar atención universal y gratuita a todas las personas, sin distinción de nacionalidad ni ingresos económicos, y está financiado por los fondos públicos (Gilligan, 2024). También forman parte de la atención las obras sociales, que agrupan beneficiarios y beneficiarias que trabajan en relación de dependencia, y los privados, empresas que se financian con el pago de asociados y asociadas (Gilligan, 2024).

Tucumán posee un sistema de salud muy grande, enteramente provincial. El acceso a la salud es brindado a través de sus más de 300 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), 36 hospitales de segundo nivel o policlínicas y once hospitales de alta complejidad o pertenecientes al tercer nivel de atención. La gran mayoría de estos establecimientos se distribuye por toda la provincia, en un intento por “ramificar” al sistema, descentralizar los hospitales de alta complejidad y llegar a la mayor cantidad de habitantes. Existen algunas policlínicas ubicadas en municipios grandes, como San Miguel de Tucumán, Yerba Buena y Banda del Río Salí, que dependen de la órbita provincial.

La atención está vehiculizada por sus trabajadores y trabajadoras, entre los que se ubican las distintas profesiones sanitarias y los administrativos. En 2015 había aproximadamente 17.800 empleados en el sistema de salud, en relación a los 6000 que trabajaban allí en el año 2007 (Yedlin, 2015).

La Dirección General de Red de Servicios (DGRS) es la que gestiona y asegura el funcionamiento de los efectores de primer y segundo nivel. Está dividida en cuatro Áreas Programáticas y luego subdividida en 37 áreas operativas. Cuenta con 336 establecimientos de salud: 24 hospitales de segundo nivel, 15 policlínicas, y el resto se reparte entre CAPS, CIC y postas sanitarias.

En 2019 la DGRS contaba con 3.089 trabajadores sanitarios de un total de 7.200 agentes entre asistenciales y no asistenciales. Los trabajadores sanitarios de la DGRS se encontraban distribuidos de la siguiente manera: 1.071 médicos y médicas; 1.202 enfermeros y enfermeras y 816 agentes sociosanitarios. En sus estimaciones muestran que los recursos humanos desde el 2016 al 2019 fueron decreciendo, ya sea por jubilaciones, renunciaciones o fallecimientos (Información proporcionada por una de las entrevistadas en el marco del trabajo de campo).

Establecimientos de Salud en áreas Programáticas



Imagen N° 2: Mapa de la organización del sistema público de salud. Fuente: Ministerio de Salud Pública-SIPROSA



Imagen N°3: Mapa de la organización del sistema público de salud con división por Departamentos. Fuente: Ministerio de Salud Pública-SIPROSA

La salud en Tucumán, en perspectiva histórica, se presenta en coherencia con los procesos de construcción del Estado y pudo evolucionar en tanto hubo recursos económicos para ello. En este sentido, en esos contextos aparecieron las primeras instituciones sanitarias y diferentes medidas orientadas a la prevención de enfermedades. De ahí en más, cada período se caracterizó por la existencia de posibilidades o de obstáculos para concretar políticas, permitiendo a veces la expansión de los servicios de salud, a veces regresiones (Fernández, 2017).

En las últimas décadas del siglo XX surgen enormes dificultades en múltiples ámbitos de la vida social, entre los cuales la salud no es una excepción. Especialmente las épocas de crisis y cambios políticos impactaron negativamente en el sistema sanitario provincial y en su correlato directo de atención a la población. Pero, en momentos en que el Estado se fortaleció, sus instituciones se vieron beneficiadas por una mayor intervención y el aumento de sus capacidades. (Fernández, 2022).

Al intentar una historia de la salud pública tucumana es imprescindible pensarla a partir de la construcción de su sistema de salud. Puede verse que ese camino no fue lineal y estuvo signado por diversas complejidades, lo que puede resultar esquemáticamente, siguiendo a Fernández (2017), en el siguiente intento de línea temporal:

- Hacia fines del siglo XIX y primeras décadas del XX: concepción de la salud como problema social y como cuestión pública;
- Primer peronismo: afirmación de la salud como un derecho;
- Años 60 y comienzos de los 70: impronta de la salud pública en un contexto de inestabilidad;
- Últimas décadas del siglo XX: retroceso de la salud como bien colectivo (en base a la propuesta de Fernández, 2017).

Caracterizada por la implementación de políticas de ajuste, la época de finales del siglo XX y comienzo del 2000 en nuestro país implicó el recorte de los recursos en salud pública, en compañía de muchas otras medidas.

Como mencionamos anteriormente, Argentina atravesaba una crisis política, social y económica profunda. La salud pública de Tucumán no estuvo al margen, por lo que los recortes en la financiación a la sanidad y limitaciones en el acceso universal fueron una constante. Las políticas de tipo neoliberal impulsaron la puesta en duda sobre la gratuidad y la universalidad, como respuesta a la ineficacia y a los costos, todo esto en un contexto donde ya de por sí muchas de las capacidades estatales fallaron en proveer a los ciudadanos y ciudadanas de un acceso mínimo a condiciones de vida dignas (Fernández, 2017). De modo que esto implicó la debilitación de los programas de promoción y prevención de la salud. Además, tomaron impulso las iniciativas privadas en medicina en manos de la lógica del mercado. Los factores mencionados colaboraron a una mayor fragmentación del sistema sanitario argentino, proveniente de los años 70 pero profundizada notablemente desde los 90.

Durante la dictadura cívico-militar de 1976 a 1983 se perdió una importante capacidad de la gestión estatal, especialmente en salud y educación. Como afirma Fernández (2017; 2022), al regreso de la democracia se intenta dar una nueva organización al sistema sanitario tucumano, lo que finalmente deviene en la creación, en 1984, del SIPROSA por medio de la Ley provincial 5652.

El mismo surge orientado a la promoción y asistencia integral de la salud, “responsable de un sistema igualitario, de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud pública y mental de la población” (Fernández, 2017, p. 156). Nacido durante el primer gobierno provincial posterior a la dictadura, a cargo del peronista Fernando Riera, se basó en la idea de una “medicina humanizada” y su máxima autoridad es el ministro de Salud de la provincia. Su dirección estaría acompañada por un gabinete, integrado por dos secretarios,

uno médico y otro administrativo, lo que se mantiene hasta la actualidad. En 2023 se suman tres subsecretarios de estado, lo que puede variar en cada gestión.

La persona responsable del SIPROSA, sin desmedro de sus acciones como ministro o ministra, también está a cargo de elaborar programas de salud, impartir directivas, aprobar el anteproyecto del presupuesto anual del organismo, establecer las normas de funcionamiento y organizar acciones para tratar enfermedades (Fernández, 2017). En 2023 se amplían algunas de sus funciones, pero se sostiene que

la salud es un derecho básico e inalienable del hombre. El Estado provincial garantizará el ejercicio pleno de ese derecho, brindando asistencia médica integral a todos los habitantes del territorio de su jurisdicción que la requieran y necesiten, a través del tiempo y sin ningún tipo de discriminación (Ley Orgánica SIPROSA. Texto actualizado, 2023).

Además de establecer la centralización normativa pero la descentralización operativa, el Sistema se organiza territorialmente en *áreas programáticas* y *áreas operativas*. Se denominan “áreas programáticas” a las unidades de organización sanitaria destinadas a satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada por circunstancias demográficas y técnico-sanitarias, y son cuatro: AP norte, AP sur, AP este y AP oeste.

Asimismo, cada área programática está subdividida en “áreas operativas”. Las mismas son la célula básica de organización administrativo-sanitaria del Sistema provincial. Cada una debe cubrir un área geográfica determinada del área programática a la que corresponde, cuenta con un efector central de salud que dirige y coordina todos sus servicios, determina los programas y acciones a llevar a cabo y ejecuta su propio presupuesto. Esta organización quedó establecida ya en el reglamento de 1984.

A partir de 1992, bajo la órbita de las áreas programáticas, se organizan los Centros de Asistencia Primaria de la Salud (CAPS), a los cuales se referencia la población según criterios de accesibilidad y cercanía geográfica. El objetivo que persiguen es descentralizar a los hospitales centrales, que fueron históricamente el lugar de atención por excelencia. Sin embargo, lograr posicionar a los CAPS como centros de relevancia para la población tomó tiempo a causa de su mal funcionamiento o escasez de personal y de suministros (Fernández, 2017; Arenas et al., 2004) y no fue hasta hace muy poco tiempo que los mismos se

convirtieron en un bien sanitario colectivo e incluso, en muchos casos, un lugar de pertenencia para la población que los rodea.

Debemos tener en cuenta que el trabajo de campo realizado para esta tesis se focaliza, por cuestiones de extensión, tiempo y recursos, solamente en el Área Programática Centro. La misma tiene como área de responsabilidad a los siguientes Departamentos⁵:

- **Capital:** Municipalidad de San Miguel de Tucumán que, a su vez, está dividida sanitariamente en cuatro Áreas Operativas: Noreste (AONE), Noroeste (AONO), Sudeste (AOSE), Sudoeste, (AOSO). Estas dos últimas se extienden hacia el Departamento Leales (abarca la Localidad Los Aguirre en el Área Sudeste) y hacia Departamento Lules (hasta la Comuna El Manantial en el caso del el área operativa Sudoeste)
- **Yerba Buena:** el Área Operativa Yerba Buena comprende la Municipalidad de Yerba Buena, Comuna de San Javier, zona que se corresponde con el primer cordón montañoso también conocida como Precordillera, y Cevil Redondo.
- **Tafi Viejo:** incluye al Área Operativa Mariano Moreno, que comprende la Municipalidad de Las Talitas y parte de la Comuna de Raco, también ubicado entre sierras bajas, pero hacia el Norte de la provincia.

Las áreas céntricas de la Capital y de Yerba Buena tienen una población mayormente con necesidades básicas satisfechas, pero que sí consultan ocasionalmente al sistema de salud. A medida que se avanza hacia las zonas periféricas la situación cambia, con núcleos con características de pobreza, familias de escasos recursos y factores de riesgo, caracterizadas por el desempleo y la subocupación, presencia de madres solas, falta de escolaridad, riesgos psicosociales, altos índices delictivos y con condiciones sanitarias deficientes. La proyección de la población en 2021 era de 781.902 habitantes en el Área Operativa Centro.

Otro actor de relevancia en la provincia es el Subsidio de Salud, la obra social para los empleados de la provincia y la más importante en número de afiliados desde su creación, en 1971. Oficialmente denominado Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán (IPSST), se origina a principios del siglo XX como *Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Tucumán, Institución Mutual y de Previsión*. En 1951, el Estado provincial

⁵ Información proporcionada por una de las entrevistadas en el marco del trabajo de campo.

reemplaza su nombre por el de «Instituto de Previsión Social», ya que algunos de sus beneficios eran más que otorgar jubilaciones y pensiones. A partir de 1969, por ley del Ejecutivo, se establece la afiliación forzosa de todo personal que se desempeñara en la administración pública, jubilados y pensionados del Instituto de Previsión Social y personal de los municipios y de las comunas (Fernández, 2017). Hasta hoy sigue siendo comúnmente conocido como *Subsidio de salud* y cuenta con más de 300.000 beneficiarios.

Entre fines del siglo XX y comienzos del XXI, al recrudecer la crisis económica de nuestro país, el sistema de salud en Tucumán sufrió restricciones presupuestarias, hospitales públicos desabastecidos, descontento general del personal y de las personas enfermas y cada vez mayores demandas de atención de la población. Entre 1990 y 2004 disminuyeron los aportes nacionales a la salud pública, explica Fernández (2017), pero en tal contexto crítico, con grandes porciones de la población desempleada o sin derechos laborales, el sistema público atendió cada vez más usuarios y usuarias con menor presupuesto.

Tucumán fue tristemente conocida como “cuna de la desnutrición” en 2002, a causa de una memorable nota del periodista Jorge Lanata con la cámara en el rostro de una niña con hambre en su escuela, además de otras notas que replicaron la misma información. Pero en términos espaciales no se encontraba entre las peores provincias. El caso de Chaco, Salta, Formosa, Misiones, Buenos Aires y Corrientes representa el núcleo duro entre 1995 y 2008, con un 75,6% de las defunciones (Fernández, 2017). Luego, el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza en el segundo semestre de 2006 era de un 37,4% y el 11,2% de su población se encontraba bajo la línea de indigencia.

Así, continuaba formando parte de una región pobre de la Argentina. Con referencia a la mortalidad infantil, hasta el año 2002 según las fuentes oficiales, Argentina mostraba una tendencia de descenso, mientras que la provincia empeoraba. Tucumán había llegado a casi 25 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en el 2002, pero sus funcionarios sostuvieron que en el 2007 el número iba en descenso. También en 2002, de los nacidos vivos con bajo peso, fallecía un 90,7%, lo que según el autor era sin duda “una cifra elevadísima” pero ya para 2006 había disminuído a un 23% (Yedlin, 2007, p. 12). En 2002, además, alcanzó el hito de la desocupación con 23% y la subocupación en 19,5%, con un total de 62.000 en dependencia de planes sociales para subsistir (Arenas et al., 2004).

Coincidimos con Fernández (2017) en que las desigualdades producto de la crisis afectaron a casi toda la población, y su impacto se sintió en los centros de atención sanitaria,

así como se vio en los índices de mortalidad infantil y en tasas de desnutrición, mortalidad materna y regreso de enfermedades como el Paludismo y el Chagas. A partir de allí, en los años posteriores se transita la recuperación económica y social del país, las mejoras macroeconómicas permiten nuevas inversiones en salud en la provincia, la inauguración de más hospitales centrales y aumento del personal, lo que trae aparejadas buenas condiciones de atención y acceso.

Repasar estas etapas de transición del siglo y de tan profundas crisis permite situarnos en el contexto de lo que localmente tenía lugar cuando se aprueba en el Congreso nacional la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, en octubre de 2002. En este tiempo, junto a una nueva idea de Estado las acciones gubernamentales en la provincia estuvieron orientadas a reconstruir y mejorar el sistema sanitario dado el mayor presupuesto nacional. El *Programa Remediar*, que desde 2002 con la gestión como ministro de salud en la Nación de Ginés González García, procuraba hacer llegar medicamentos a todo el territorio nacional; o la ampliación de los planes de vacunación acompañaron a las iniciativas locales que desde 2003 encaró el ministerio de salud provincial.

Desde 2003 con Juan Manzur a la cabeza, y luego a partir de 2007 hasta 2016 con Pablo Yedlin, ambos médicos con impronta sanitarista y de promoción de la salud, el SIPROSA vivió cambios y expansiones: disminución de la mortalidad infantil; incorporación y ampliación de la planta de personal; mejora y ampliación de la infraestructura, tanto en CAPS como en la construcción de nuevos hospitales, y la informatización del 100% de sus establecimientos; construcción a partir de 2007 de un modelo de planificación a través de objetivos, metas y estrategias a 5-10 años; implementación a partir de 2011 de un modelo estratégico operativo que promueve el empoderamiento, con el ciudadano y ciudadana ubicados en el centro, integrados a un estilo de vida saludable gracias a la promoción, prevención, acceso a servicios de calidad, tratamiento y rehabilitación y al no empobrecimiento si se enferma.

El Sistema ha sufrido las consecuencias de las épocas de crisis que la provincia vivió, al mismo tiempo que en dichas coyunturas fue el que albergó la atención sanitaria de toda la población sin discriminación. Cuando recrudecieron las condiciones económicas adversas fue cuando más absorbió la demanda de salud en atención, urgencias, rehabilitación, población infantil, etc. Cabe destacar que desde la gestión de Juan Manzur como ministro de Salud provincial, las dos de Yedlin y la de Rossana Chahla (2015-2021) siguieron una línea muy

similar en cuanto a organización de la dirección del SIPROSA, prioridades y líneas de acción. A pesar de ello, Chahla se distingue por haber atravesado dos momentos legislativos alrededor del aborto, la epidemia de Dengue y al mismo tiempo la llegada del COVID a la provincia, por lo que su gestión presenta algunas diferencias destacables. A su vez, es médica ginecóloga y fue directora del Instituto de Maternidad en un importante y extenso período de 2003 a 2015, lo que implica que encabezó la dirección de ese hospital en un contexto crítico y delicado. Sin embargo, se trata de tres actores que provienen de la salud, con formaciones sólidas en sus respectivos campos específicos, y que luego pasaron al campo de la política, donde se afianzaron. Los tres cumplieron algún período como diputados nacionales en representación de Tucumán, y los tres se identifican con el Partido Justicialista provincial.

La médica salió electa como Intendente de la ciudad capital a partir del año 2023 y de esa manera se convirtió en la primera mujer en ocupar ese cargo, con las implicancias que ello tiene en provincias en las que históricamente los espacios de la política estuvieron ocupados en una notable mayoría por hombres.

El último ministro de Salud que analizamos en esta investigación es quien estuvo a cargo a partir de 2021, Luis Medina Ruiz. En este caso, estamos ante un perfil más alejado de la política partidaria, al menos hasta que este estudio se terminó. Es médico general y ya había formado parte del Gabinete de la Dra. Chahla; se reconoce a sí mismo como “pro vida” y, de hecho, participó activamente en una de las marchas de los pañuelos celestes, símbolos que agrupan a quienes se oponen a la legalización del aborto y a otras políticas públicas de reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, tema que desarrollaremos más extensivamente luego.

Conclusiones

En este capítulo propusimos un primer acercamiento a los rasgos fundamentales del caso de análisis: la provincia de Tucumán. Partimos de su historia política, sus rasgos geográficos y económicos sobresalientes y de hitos históricos que componen esos elementos significativos que forman parte de la cultura, como sostiene Grimson. Esto permite la puerta de entrada al estudio de esta tesis y a sus vinculaciones con las políticas de salud sexual de instancias globales y nacionales.

Nos permitió identificar el mapa de actores y organismos más relevantes para comprender las particularidades políticas y sociales de la provincia, que se trasladan también al sistema de salud y a diferentes aspectos a los que prestaremos mayor atención en esta tesis. En muchas ocasiones nos situamos ante profundas contradicciones entre actores que comparten un mismo espacio político, como los últimos gobernadores de la provincia, que adscriben al justicialismo provincial pero que, ante diferentes coyunturas a nivel nacional, asumen una postura de alineación con los distintos presidentes: en el caso previo, Manzur con Cristina Fernández de Kirchner y con Alberto Fernández; posteriormente, en el caso de Osvaldo Jaldo, con la austeridad y ajuste del Estado consistente con las ideas de Javier Milei.

Entre los grupos destacados nos pareció importante dedicar un espacio a la descripción y análisis del Consultorio de Salud Integral, como lugar de atención que articuló la militancia con la oferta de salud sexual y (no) reproductiva. Sin embargo, hacemos hincapié en que se trata de un espacio del subsector privado, particular para personas que puedan abonar o que posean cobertura. Esto parece mostrar que para poder acceder a espacios que entiendan y conceptualicen la salud de manera integral, que trabajen de manera colectiva, cooperativa y grupal, debemos buscar en los espacios mercantilizados. Otra vez, las que quedan afuera serán quienes no puedan pagarlo.

Conocer los grupos de relevancia pública y política, repasar la formación del SIPROSA, su configuración presente y los elementos que lo componen nos permite acercarnos a las individualidades del caso en un marco mayor del federalismo en salud, que implica diferencias y desigualdades entre provincias y regiones muchas veces muy cercanas entre sí. Posteriormente, estos distintos elementos serán de vital importancia para retomar el estudio del caso local y sus características singulares en cuanto a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las personas que acceden especialmente al sistema público de salud.

CAPÍTULO 2

Derechos sexuales y (no) reproductivos: problematización de los conceptos desde lo global

Las feministas han logrado llamar la atención a su causa al rechazar o reformular los usos generalmente aceptados del lenguaje, y con ella asombraron a las ortodoxias prevalecientes.

Joan Scott

El lenguaje de 'lo natural' hace que la reproducción sexual parezca un acto autónomo, sin asistencia alguna, que da a algunas mujeres el conocimiento privilegiado (y muchas veces torturante) de cómo funcionan la maternidad, el parentesco y los cuidados.

Merve Emre

Este capítulo propone una serie de aclaraciones terminológicas, en muchos casos acompañadas de un recorrido por los conceptos, para llegar a lo que conocemos hoy como derechos sexuales y (no) reproductivos (en adelante DDSSyNRR). Una de las cuestiones centrales formuladas en esta tesis es pensar los derechos sexuales y los derechos reproductivos como vinculados a la salud de las personas. Su respeto y garantía permiten vivir vidas más plenas, en coherencia con decisiones basadas en el proyecto personal de cada sujeto, sin violencias ni coerción. Uno de los factores para habilitar esta posibilidad es contar con acceso a servicios de salud de calidad, que potencien formas de vivir saludables respecto a la sexualidad, incluidos el placer, el bienestar y la planificación de la reproducción.

Por otro lado, consideramos que, como herramienta de estudio, la *gobernanza reproductiva* permite analizar los diferentes grupos de actores, discursos y materialidades que componen lo que conocemos como cultura, ya que éstos funcionan a veces como obstaculizadores y otras como facilitadores para que las personas puedan gozar de esa salud sexual sin impedimentos. Para El Kotni y Singer (2019), la gobernanza reproductiva está promovida “desde arriba”, es decir, llega a la ciudadanía en forma de leyes, normativas, decretos, políticas públicas, edictos religiosos y programas estatales, e incluye tanto el cuidado sanitario como los discursos públicos y los mensajes de los medios de comunicación, entre otros. A partir de esta perspectiva repasaremos cómo se vehiculizan las nociones en torno a los derechos de las mujeres desde la esfera internacional y el camino recorrido por las leyes, normativas y políticas. Revisar estos conceptos, y cómo luego podemos pensarlos en

relación a los territorios subnacionales, implica vincular el derrotero de los diversos derechos sexuales concretados en las políticas públicas.

Esta investigación inicia en un contexto relativamente restrictivo para los derechos sexuales en Argentina, en 2019, el aborto todavía era discutido y no se aplicaba de forma uniforme la ILE en todo el territorio. Como explica Ledesma Prietto (2016), la autonomía sobre el cuerpo propio para las mujeres proviene de una histórica lucha y “cada nuevo debate es un volver a empezar de cero” (P. 13) y la sensación de resistencia en los diferentes espacios de la sociedad vuelve a hacerse latente. Pero, finalmente, fue terminada dentro de un marco legal diferente, con la existencia de una ley que habilita dicha práctica en el ámbito de la salud. Esto no es fortuito: es producto de décadas de luchas por parte de los feminismos en alianza con la academia, los partidos políticos, las diferentes instituciones educativas y múltiples actores de importancia. La lucha por el reconocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos como tales se inicia mucho antes de lograr esta ley y, como veremos a continuación, hay un importante consenso acerca de la relevancia que tuvieron las Conferencias Internacionales al posicionar en el lenguaje del derecho a las mujeres y a su salud sexual.

2.1. Una revisión política de la ciudadanía

¿Qué vidas valen y qué vidas no?

Didier Fassin (2018) nos sugiere que lo político es producto de la acción humana. No es previo al sujeto; es lo que hombres y mujeres hacen existir como tal, a partir de las correlaciones de fuerzas. No es previo al sujeto, es lo que hombres y mujeres hacen existir como tal, a partir de las correlaciones de fuerzas. La inmigración y la pobreza, el género y la sexualidad, el sufrimiento y el trauma no son en sí mismos objetos políticos; para el autor, parafraseando a Beauvoir, “llegan a serlo” (Fassin, 2018, p. 16). Desde esta perspectiva, coincidimos en que es necesario dar a la dimensión material y corporal el lugar que ocupa, dado que la política se ejerce sobre y por medio de los cuerpos, se manifiesta en ellos, gobierna las vidas de las personas y procede de elecciones morales. Allí es donde se plasman las desigualdades, las violencias, las normas morales, las reglas de conducta de lo que está bien y lo que está mal (Fassin, 2018).

El antropólogo francés lo piensa en función de su investigación empírica (en su estudio toma como objeto las políticas de asilo y migración, de sida, trauma y razón humanitaria), es decir, se aboca a lo que llama “la sustancia de lo político” (Fassin, 2018, p. 22). Es en el campo de lo político donde se señala qué vidas valen la pena y qué vidas no, dando paso a una “biolegitimidad” (Fassin, 2022): en nuestro caso de estudio, quienes están en contra del aborto y esgrimen la mayoría de las veces como argumento que “toda vida vale”, pero en realidad están diciendo que la vida del embrión vale más que la de cualquier persona gestante.

El planteo de Fassin (2009) se orienta a nuestras sociedades actuales, que han pasado de la “biopolítica” de Foucault a la reformulación de *políticas de vida*, y sugiere un cambio de la noción también foucaultiana de “biopoder” a su reemplazo por la de *biolegitimidad*. Su argumentación se sostiene en que lo importante ya no solo reside en lo que la política hace a la vida y a las vidas, en términos de discursos y tecnologías, estrategias y tácticas, y limitado a lo biológico. Es ahora cuestión de cómo son tratados concretamente los colectivos y los individuos, en el nombre de qué moralidades adoptan ciertas formas las inequidades y desigualdades (Fassin, 2009). Lo que para Foucault recaía sobre el sexo y la vida, la administración y la policía para reglamentarlo y administrarlo, es para autores posteriores lo que recae sobre la población, sobre grupos específicos, los colectivos subalternizados. La pregunta es, entonces, retomando a su vez a Butler, ¿por qué ciertos cuerpos llegan a importar y por qué otros no?

Foucault intentó indagar en toda la atención que se pone en la sexualidad y si ésta no estará dirigida a la preocupación de asegurar la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales y que, en resumen, hagamos una sexualidad “económicamente útil y políticamente conservadora” (Foucault, 2008, p. 38-39). Es conocida su idea de que el poder no trabajaría de maneras “represivas” para prohibir de raíz las sexualidades no normativas y fomentar uniones más bien reproductivas (Deutscher, 2019) sino que, por el contrario, las estimula y (re)produce⁶.

Cuando Butler (2020b) expresa que el “sexo” es una “construcción ideal que se materializa obligatoriamente a través del tiempo” (P. 18), retoma también el “ideal

⁶ Deutscher (2019) propone una relectura de *Historia de la sexualidad, Volumen 1*, a partir de, entre otros, una especie de territorio no explorado por Foucault: la administración de la reproducción, específicamente la llamada “tasa de natalidad” o las maternidades y las formas de crianza, mencionadas por el autor francés como preocupaciones de la biopolítica moderna.

regulatorio” de Foucault y explica: no sólo es una norma, es también una práctica que regula y produce los cuerpos que gobierna. Nuevamente aparece el poder productivo.

Nos parece importante aquí, entonces, pensar en términos de derechos humanos y de ciudadanía en tanto son el paradigma del cual nacen las leyes de nuestro país en materia de derechos sexuales. Ocuparnos de esto surge de la observación de que continuamente, según van cambiando los contextos sociopolíticos de los países, los derechos que consideramos conquistados, ganados, se ven amenazados por nuevas olas conservadoras y violencias que toman renovadas formas y operan especialmente sobre determinados colectivos.

Existe una precisión que hace Brown (2014) cuando explica que la condición de ciudadanas de las mujeres implica el reconocimiento de los derechos y las obligaciones existentes, en especial por parte del Estado. Pero, justamente, los derechos están sujetos a definición y reajuste, y a merced de la lucha, en una tensión que exige que sean protegidos a pesar de haberlos logrado.

La tensión existe también en el difícil equilibrio de conseguir la igualdad en la diferencia. El derecho, sostiene Alejandra Ciriza (2007), nos ofrece la ilusión de la igualdad y una percepción de abstracción: todos y todas seríamos iguales ante la ley, lo cual borraría nuestras diferencias de clase, de raza, de sexo, entre otras. Las mujeres, sin embargo, forman parte de esta sociedad pero la historia misma de los derechos ciudadanos las ha excluido en sus inicios: derechos en clave burguesa que fueron pensados para el sujeto hombre, individual y libre.

La promesa de la democracia de darle igual valor a todos los individuos no se cumplió, mucho menos en un sistema político que permanece intrínsecamente enlazado a un sistema económico como el capitalista. Las ideas de autonomía e igualdad definidas dentro del discurso liberal de los derechos individuales, por las que los movimientos pelean, se centran en el empoderamiento en el marco del mercado. El lenguaje que se supone reivindicativo puede transformarse en una herramienta que, en realidad, termine por regular a las mujeres, las convierta en consumidoras, productoras, y las vuelque al aislamiento e individualismo dentro de un sistema cada vez más desigual, especialmente para los grupos subalternos.

No obstante las mujeres han conseguido derechos para quebrar con esa exclusión inicial (Ciriza, 2007), la cuestión de la ciudadanía está plagada de contradicciones, así como la propia democracia: en tanto que plantea un gobierno para iguales, deben atenderse las

diferencias de los individuos y de los colectivos a los que pertenecen. La famosa dicotomía *igualdad-diferencia* que se planteaba como imposible de resolver para el feminismo nos hace preguntarnos junto con Joan Scott (1988): ¿cómo reconocer y utilizar nociones de la diferencia sexual y, al mismo tiempo, dar argumentos en favor de la igualdad? La propuesta de la autora se orienta a rechazar las construcciones estrictamente dicotómicas, y lleva a pensar en que si todos y todas fuéramos idénticos, perdería todo el sentido exigir igualdad. Si lo aplicamos a los derechos sexuales y (no) reproductivos, es interesante observar la intersección existente entre igualdad y diversidad, para exigir en consecuencia “la dimensión individual de los derechos que refiere a la libertad y la dimensión social que tiene su expresión en la justicia” (Felitti, 2018, p. 150). Es decir, no caer en universalismos y demandar reconocimiento aún considerando las diferencias.

No debemos olvidar que como sujetos nacemos y nos desarrollamos en estas sociedades, en condiciones que no hemos elegido y posteriormente a una historia que no hemos escrito. Y aquí nos interesa incorporar otro concepto relevante para pensar esta tesis como el de autonomía. Para tomar ciertas decisiones a lo largo de nuestra trayectoria vital se vuelve imprescindible contar con opciones, condición necesaria para la autonomía. Volveremos sobre esto al pensar los derechos sexuales y (no) reproductivos como factibles sobre una base mayor que son los derechos sociales, ya que requieren factores básicos como “la capacidad para tomar decisiones que afectan significativamente la vida del sujeto y que por tanto deben reflejar las preferencias de la persona. Si las opciones son insuficientes o inadecuadas no se dan las condiciones para que las preferencias puedan expresarse” (Alvarez, 2015, P. 18).

El sujeto mujer cis posee la capacidad no elegida de gestar; haber nacido con los órganos que biológicamente podrían reproducir vida humana no depende de su voluntad. A pesar de ello, la maternidad y, a su vez, las diferentes formas de matenar existentes son construidas culturalmente. Esto lleva a reflexionar sobre cómo es que, en un contexto no elegido, con las opciones disponibles y con las condiciones sociales y políticas que propone el sistema capitalista en el que se desarrollan, las mujeres pueden decidir. ¿Qué opciones disponibles hay para las mujeres? Y, más importante para esta tesis: dentro de la categoría de mujeres cis, ¿todas tienen las mismas opciones entre las cuales elegir?

En particular tomamos la propuesta de Brown (2014) que invita a pensar que los derechos sexuales y (no) reproductivos se conforman en una bisagra, son el punto articulante entre lo público y lo privado, entre lo sexual y lo no reproductivo.

El aborto es una conquista fundamental para “la autonomía, la autodeterminación y la libertad de las mujeres” (Brown, 2014, p. 154) en tanto dueñas de decidir sobre su propio cuerpo. Su disponibilidad, junto a la anticoncepción, permite separar la sexualidad de la reproducción. Escindir la maternidad obligatoria del sujeto mujer removería uno de los pilares donde se afianza el sistema patriarcal y, por lo tanto, la subordinación de las mujeres, gracias a tomar las riendas de la sexualidad y de su capacidad reproductiva (Brown, 2014). En esta línea de razonamiento, aparece la pregunta de si las posibilidades de las mujeres en los sistemas públicos de salud de Argentina están orientadas a tomar dichas riendas que mencionamos, o si se conducen a continuar, y profundizar, la sujeción ante otros. Las relaciones de poder existentes, el desconocimiento y la desinformación, la falta de acceso a bienes materiales y al capital económico para regular la reproducción para las mujeres pobres representan solo algunos de los obstáculos existentes. En numerosos casos esto imprime la violencia sobre los cuerpos de mujeres y de niñas que, al contrario de lo que expresan los lemas feministas, no pueden decidir. Es decir, ¿qué ciudadanía pueden esgrimir como conquista las mujeres que no pueden acceder a las mismas opciones sexuales y (no) reproductivas que otras?

2.2. Los antecedentes internacionales: los derechos de las mujeres como punto de partida y como llegada

El camino recorrido pasó por una necesaria instancia: el reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos. Puede parecer extraño a la luz del siglo XXI, pero es importante recordar que, al decir de Facio (2011), “no fue hasta finales del siglo XX que las mujeres alcanzamos la categoría de humanas para el derecho internacional” (P. 5).

Tanto el principio de igualdad como el de no discriminación entre mujeres y hombres son principios universales, y fueron ratificados en Viena durante la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, y los Estados tienen el deber de promover y proteger todos los derechos y las libertades fundamentales de las personas. Más específicamente, en cuanto a las mujeres, la Declaración afirmó por primera vez que sus derechos son “parte inalienable,

integrante e indivisible de los derechos humanos universales”, y llamó a los Estados a “erradicar cualesquiera conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o costumbres, de prejuicios culturales y del extremismo religioso” (Facio y Victoria, 2017, p. 60).

En paralelo, desde el ámbito de la salud debemos recordar que, en primer lugar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) brindó una definición en 1946, después de la Segunda Guerra Mundial, en la que explica la noción de salud como el estado de completo bienestar, tanto físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias” (OMS en Edwards et al., 2004). Posteriormente, la propia OMS tomaría este cimiento para una definición integral de salud sexual que abarcara una visión de la sexualidad en un sentido amplio, y que se mantuvo posteriormente:

La salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. La salud sexual, considerada afirmativamente, requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia (OMS, 2025).

Luego, en el ámbito del derecho internacional, y sobre las bases mencionadas, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas de El Cairo (1994) aparece la *salud reproductiva* como “(...) 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” (Art. 7. 2, ONU, 1994). A su vez, el concepto de derechos reproductivos se explicita en el Artículo 7.3. como parte de los derechos humanos, basados en “el reconocimiento del derecho básico 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” (Art. 7. 3, ONU, 1994). Mientras tanto, en Argentina el gobierno del presidente Carlos Menem acudió, pero se expresó en contra del aborto en alineación con el Vaticano, lo que sería luego una característica de todo el período menemista.

Algunos autores destacan la importancia de la Conferencia Internacional por poner de relevancia a las mujeres en el desarrollo como sujetas y “no como objetos de él” (Brown, 2014,

p. 206). Sin embargo, a pesar de los avances progresivos que implicaron en materia de derecho internacional, y en vías de eliminar las desigualdades existentes en la salud sexual, se ha hecho notar el sesgo de heterosexualidad al referirse en términos de mujer y hombre que todavía mantuvieron las Conferencias y sus documentos resultantes, vacancia que no contemplaba otras conformaciones familiares posibles.

Con posterioridad, en el marco de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 se concretan menciones a la salud sexual como objeto a abordar:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (ONU, 1995).

En adición, en Beijing se habla por primera vez del derecho de las mujeres a controlar su fecundidad y al aborto como problemática de salud pública, especialmente para las más pobres. Resoluciones como éstas fueron adscriptas por muchos países que los incluyeron luego en su ordenamiento legal, lo que logra que adquieran jerarquía constitucional. De ahí se desprende la responsabilidad de los Estados, quienes deberían adoptar las medidas necesarias y apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.

A fines del siglo XX se pasa de reconocer los derechos de las mujeres ampliamente como objeto de protección porque se identifican como parte de los DDHH, a conceptualizar específicamente la salud reproductiva, los derechos reproductivos y la salud sexual de mujeres y niñas que son quienes están más expuestas a vulnerabilidades. Inclusive, se hace referencia a que la capacidad de controlar la propia fecundidad conlleva para las mujeres la base fundamental para el disfrute de otros derechos (ONU, 1995).

Año	Conferencia	Lugar	Importancia para el Género
1968	Conferencia sobre Derechos	Teherán	Incorpora los derechos de las

	Humanos		<i>mujeres</i>
1974	Conferencia de Población	Bucarest	
1975	Conferencia Mundial del Año internacional de la Mujer	México	
1979	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer		<i>Conocida como CEDAW/Argentina suscribe en 1985</i>
1984	Conferencia Internacional de Población	México	
1985	Conferencia Mundial para el avance de la mujer	Kenya	
1989	Convención de los Derechos del Niño		
1992	Conferencia sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo	Río de Janeiro	
1993	Conferencia Mundial de los Derechos Humanos	Viena	<i>Los derechos de las mujeres son DDHH (Brown, 2014)</i>
1994	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer	Belém do Pará, Brasil	<i>Específica sobre erradicación de la violencia hacia las mujeres</i>
1994	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	El Cairo	<i>Define la salud reproductiva y sus implicancias</i>
1995	Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo social - ONU	Copenhagen	
1995	4ta Conferencia Mundial de la Mujer	Beijing	<i>Retoma y expande El Cairo (Petchesky, 1995): Salud sexual y derechos sexuales. Aparece el aborto en el lenguaje internacional.</i>
2000	Período extraordinario de la Asamblea General - ONU	Beijing +5	<i>Se retoman en el debate los temas tratados pero con renovadas energías (Brown, 2014).</i>
2000	Objetivos del Milenio - ONU		
2006	Principios de Yogyakarta		<i>Reconocimiento de las identidades y orientaciones sexuales.</i>
2008	La Declaración sobre Orientación sexual e		

	Identidad de Género - ONU		
2013	Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar		<i>Derecho al acceso a la plena elección (Tiseyra et al, 2023).</i>
2015	Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible		<i>Reafirma la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de SSR para el 2030 (Tiseyra et al, 2023).</i>

Gráfico N° 2: Conferencias internacionales en perspectiva cronológica. Elaboración propia

El cuadro precedente refleja de manera sintética las diferentes reuniones internacionales y los tópicos que se trataron en cada una y especialmente en amarillo destacamos los que son mayormente de nuestro interés. Verlo de manera gráfica permite tener presente todo lo que hubo de suceder para que la noción de derechos sexuales y (no) reproductivos pudiera ingresar al lenguaje del derecho internacional. Pero nada de esto sería posible sin las distintas acciones y el activismo de las militancias feministas y por los derechos humanos de los diferentes países.

Aún así, las pautas y declaraciones en el ámbito internacional, por lo general, distan mucho de cumplirse en la realidad. Existen casos de profunda relevancia que así lo demuestran, como el sucedido en Estados Unidos en 2022, cuando la Suprema Corte de dicho país revierte la sentencia de *Roe versus Wade*, del año 1973. Este icónico fallo reconocía el derecho constitucional de abortar de las mujeres norteamericanas con diversas modalidades de acuerdo al Estado en el que se encontrasen.

Al contrario, en el año 2022 la sentencia *Dobbs versus Jackson Women's Health Organization* dio marcha atrás al logro de 1973, con duras consecuencias y una gran preocupación en el ámbito internacional. La nueva resolución omite todas las consideraciones a los derechos humanos internacionales, lo que deja entrever el signo conservador de la Corte Suprema de EEUU que de por sí no se caracterizaba por seguir estas normas y estándares (Morgan, 2023). Así, a partir de ese año, el contexto para la ciudadanía estadounidense pasó a ser más restrictivo en materia de derechos sexuales. Esto en determinados países de América Latina y el Caribe se vuelve aún más complejo: la desigualdad económica y social de dichas zonas va en aumento, sumado a un patrón de poder capitalista y patriarcal más afianzado en algunos escenarios. En muchos casos, además de la subordinación que sufren las mujeres por motivos de género, se suman otros factores que pueden estar combinados, como la raza, la clase social, la localización geográfica, el estatus migratorio o la orientación sexual, factores que profundizan la discriminación y la desigualdad.

2. 3. Conceptualizar los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos

En este apartado volvemos sobre la propuesta de Brown (2008; 2014) que explica y aclara la invención de la partícula “no” entre paréntesis en el concepto de *derechos sexuales y (no) reproductivos*. Teniendo en cuenta que en los años ‘90, como veremos a continuación, se comprendía como derechos reproductivos y derechos sexuales a lo relacionado con la reproducción, la anticoncepción y el aborto como opciones no reproductivas, usar el adverbio de negación entre paréntesis pone de relieve que las personas somos seres sexuados (Brown, 2008). Permite destacar que la libertad sexual es tan relevante como la libertad reproductiva y la búsqueda de su igualdad es también parte de la lucha y el respeto de los derechos humanos.

En esta investigación, entonces, tenemos en cuenta que las condiciones de posibilidad se vuelven esenciales para el cumplimiento y efectivización de estos derechos sexuales, reproductivos o no. Corrêa y Petchesky (2001) los definieron como la posibilidad de “tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, de tener hijos, de criarlos, de la salud ginecológica y de la actividad sexual; y recursos para poder llevar a cabo tales decisiones de manera segura y efectiva” (P. 1). Como vemos, no solamente es imprescindible que exista un campo de acción sino también contar con los medios para ello. Por tanto, los derechos sexuales y (no) reproductivos, y en realidad cualquier otro, se enmarcan a su vez en otros más amplios, los “derechos sociales”: condiciones de posibilidad para que se puedan concretar los que se derivan de ellos.

En consecuencia, es responsabilidad directa de los Estados y de sus instituciones mediadoras poner en función esas condiciones, tanto materiales como infraestructurales, servicios de salud integrales, de calidad y accesibles, bien provistos y con información clara, así como educación e ingresos para que las personas puedan acceder a los mecanismos de toma de decisiones (Corrêa y Petchesky, 2001). Incluyen el bienestar social, la seguridad personal y la libertad política de todas las personas. Su aseguramiento es esencial “para la transformación democrática de las sociedades con miras a eliminar las injusticias de género, de clase, de raza y de etnia” (Corrêa y Petchesky, 2001, p. 1).

Como estado de situación, en la actualidad tenemos una persistencia de las desigualdades de clase en lo que conlleva a las prácticas reproductivas. Por un lado, existen quienes pueden pagar los servicios de cobertura privada de su salud y tienen acceso a recursos especializados y

modernos; por el otro, quedan excluidas las personas que carecen del capital económico y sufren las consecuencias derivadas de esto. En resumen, un sector de la población queda relegado y su planificación de la reproducción, o la falta de ella, continúa siendo bajo condiciones precarias y sin acceso a los servicios de salud de calidad (Jelin, 2017).

Anteriormente vimos el camino transcurrido entre la Conferencia de El Cairo, en 1994, para luego llegar a la instancia de Beijing, en 1995, y que se reconozcan la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como necesarios de atención y garantía.

Pero, para pensar su concreción en el caso argentino debemos pensar en el sistema legal, normativo y político local. Situada desde la perspectiva argentina, Straw (2017) propone una cronología para organizar el desarrollo de los derechos reproductivos, organizada en cuatro etapas que se basan a su vez en la línea temporal trazada por Petracci y Pecheny (2007). El primer período, llamado “la salida del silencio” (Petracci y Pecheny, 2007; Straw, 2017), se caracteriza por hacer ingresar la temática de la salud sexual y la reproductiva al ámbito de lo público. Aquí es importante destacar el resurgimiento de los movimientos sociales tanto feministas, LGBTTIQ+, entre otros, que luego del regreso de la democracia recuperaban fuerzas para la exigencia y la lucha por sus derechos, así como el reconocimiento y la reparación de los crímenes cometidos durante la dictadura cívico-militar de 1976 a 1983.

El segundo, al que denominan “el debate estridente” (Petracci y Pecheny, 2007; Straw, 2017), se guía por el debate del aborto que tiene lugar en la Convención Constituyente de 1994, de la que finalmente surge la incorporación de los tratados internacionales con rango constitucional. En este mismo sentido, el contexto es coincidente con las mencionadas conferencias de El Cairo y Beijing, y estuvo marcado por la postura del presidente Menem, encolumnado con el Vaticano, en contra del aborto, postura que sus representantes llevaron hasta las reuniones internacionales. Seguirá siendo imprescindible la presencia de los movimientos de mujeres, tanto en el ámbito académico y político como en el espacio público.

Por tercer período, tales autores y autoras señalan como “el debate persistente” a la etapa que comienza en 1995 marcada porque el aborto legal y seguro continúa siendo una deuda. Es dentro de esta etapa que comienzan a presentarse en la Cámara de Diputados de la Nación distintos proyectos de ley que al menos abren la discusión sobre derechos reproductivos, especialmente en lo que respecta a anticoncepción y al tema más farragoso de todos, el aborto. A pesar de que la salida del silencio para los autores y autoras comienza en la primera etapa, es aquí cuando social y políticamente comienzan a cobrar fuerza los debates sobre estas

temáticas. Si bien faltaría mucho para que se produjera la “salida del clóset” del aborto, es decir, seguía siendo un tema profundamente tabú y sobre el que era difícil discutir en espacios cotidianos, creemos que el espaldarazo que implican los proyectos de ley en el Senado de la Nación ya representa un gran avance para ocupar el espacio público en el campo del lenguaje. Modificar la situación de las mujeres como ciudadanas exige debates sobre los significados de la reproducción y la sexualidad en tanto derechos. Este cambio de denominaciones y el impacto en la retórica tiene su efecto en el derecho internacional así como en los niveles nacionales, como “paso estratégico” a fin de modificar las condiciones de vida de las personas (Corrêa y Petchesky, 2001).

Estas palabras pueden aplicarse cabalmente al caso argentino, ya que el acceso a la vida política y pública de esta terminología y la existencia de debates en torno a ello solo pueden traer beneficios para la historia democrática de un país.

En este período, además de promulgarse la ley que da origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) como un precedente e impulso importante, nacen otras leyes como la Educación Sexual Integral (2006), la de Anticoncepción quirúrgica (2006), entre otras. Straw (2017) también destaca en este período la distribución de la anticoncepción hormonal de emergencia (conocida como AHE) o la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, que representan destacados hitos en relación a políticas públicas desde el Ministerio de Salud de la Nación.

Finalmente, como cuarta fase se identifica a la que Straw (2017) consigna como “la ampliación legislativa”, en referencia a los diversos reconocimientos de derechos de las mujeres y de la diversidad sexual que fueron emergiendo tanto en Argentina como en el continente latinoamericano. Se destacan la Ley de Matrimonio entre personas del mismo sexo en 2010 (Ley 26.618), la Ley de Identidad de Género y, en 2013, la Ley que regula los tratamientos de reproducción humana médicamente asistida.

Así, esta etapa también cuenta con un contexto internacional favorable, al existir una legislación internacional que incorpora cuestiones como la orientación sexual y la identidad de género (Straw, 2017). Se suma un nuevo marco en el que se incluyen nuevos colectivos y se reconocen más derechos reproductivos. Esto amplía las garantías a personas que no podían ser madres o padres, independientemente de si conformaban una pareja heterosexual o no.

El fortalecimiento de los derechos de las mujeres en la esfera internacional, nutridos por la presión y la militancia de los activismos feministas de distintos países, también implicó un importante cambio en términos del lenguaje. Este paso permite otorgar a los feminismos y diversas organizaciones las herramientas necesarias para la exigibilidad de los derechos sexuales y (no) reproductivos a los Estados, en sus distintas instituciones. Las demandas surgieron de las necesidades cotidianas de las personas y fueron reivindicadas como parte de los derechos humanos, por lo que pudieron anexarse a la luchas políticas contemporáneas (Felitti, 2018). Como vimos anteriormente, estamos ante debates centrados en reivindicaciones jurídicas y normativas que giran en torno al derecho a decidir sobre el propio cuerpo de las personas (Felitti, 2018) y su garantía permitiría un paso más hacia lograr sociedades menos desiguales.

Más adelante, en el Capítulo 5, dedicaremos parte del análisis a casos puntuales de vulneración de derechos de mujeres y niñas en la provincia de Tucumán y cómo la articulación con la militancia permitió dar visibilización a lo que estaba sucediendo.

2.4. La gobernanza reproductiva: formas de leer el mapa político y su intervención en la sexualidad

En esta tesis es instrumental la noción de *gobernanza reproductiva*, concepto creado por Morgan y Roberts (2012), y definido como los mecanismos mediante los cuales distintos actores (el Estado, las religiones, las instituciones financiadoras internacionales, las ONGs y los movimientos sociales) hacen uso de leyes, incentivos económicos, mandatos morales, coacción directa o incitaciones éticas para producir, monitorear y controlar la conducta reproductiva y las prácticas poblacionales. Dicho de otro modo, permite ver la forma que toman en países como la Argentina los actores políticos, el Estado en sus distintos niveles, los conservadurismos y sus vinculaciones con otros actores, su intromisión en las políticas sexuales y de reproducción, a fin de limitar y obstruir el acceso a la salud en casos como el aborto y la anticoncepción.

Los sistemas de gobernanza reproductiva son entendidos como tipos de materialidades y discursos que se hacen presentes cuando la reproducción es puesta en cuestión, con centralidad en el discurso y en los mecanismos judiciales del derecho.

Si bien, como vimos anteriormente, el discurso del derecho cambió de manera progresiva gracias a los tratados internacionales y a las Conferencias de Naciones Unidas, nuestras sociedades siguen reproduciendo instituciones desiguales y de un tratamiento injusto hacia los sujetos que acuden a ellas. Los sectores conservadores suelen esgrimir que la reproducción se limita meramente a la biología, pero no es un asunto tan simple. Se trata de un campo en constante disputa de poderes y de tensión entre los intereses de diversos actores e instituciones, en el que se entrelazan lo material y lo político (Fonseca et al., 2021). Asimismo, Briggs (2017 en Morgan, 2019) argumenta que toda política es reproductiva. La reproducción humana, además de tratarse de un fenómeno ciertamente biológico, también está entrelazada a los intereses de colectivos y fuerzas políticas que atraviesan todo el tejido social (Fonseca et al., 2021).

Las bases para reflexionar sobre la gobernanza reproductiva provienen de la antropología de la reproducción, área de los estudios antropológicos en la que dedicaron sus esfuerzos Rapp y Ginsburg al visibilizar el enorme valor económico, político y emocional que conlleva el trabajo reproductivo (Fonseca et al., 2021). Pero los temas que investiga la antropología de la reproducción van expandiéndose cada vez más: ya no hablamos solamente de aborto, técnicas de reproducción asistida, nacimiento y anticoncepción para pensar en la justicia reproductiva (Morgan, 2019). Ahora, muchos de los debates a los que dedicamos nuestras investigaciones tienen que ver con la forma en la que se traen los hijos e hijas al mundo, los derechos a tenerlos o a no tenerlos y, si se elige que sí, la forma de criar a las infancias en contextos sanos y seguros, situación de la que no todas las mujeres pueden gozar (baste pensar en mujeres y niñas naciendo y viviendo todavía en territorios en guerra o de catástrofes naturales).

En el caso argentino es importante tener en cuenta que los movimientos que impulsaron la legalización del aborto, históricamente prefirieron ir por el lenguaje de los derechos humanos, mientras que en otros contextos como en los Estados Unidos se eligió hablar de *justicia reproductiva*, idea que auna a los derechos reproductivos con la justicia social. Esto se debe a que la pugna por los derechos humanos, como vimos anteriormente, está anclada a la historia de luchas políticas de los movimientos argentinos, acompañada por gobiernos que han escuchado sus reclamos (Morgan, 2015). Aun teniendo en cuenta las deudas del período democrático con estos derechos, la cronología argentina está unida intrínsecamente a la lucha de Abuelas y Madres de Plaza de Mayo y la exigencia de aparición con vida de sus hijos e

hijas desaparecidos, de sus nietos y nietas apropiados por los militares de la última dictadura cívico-militar, y por el juicio y castigo a los responsables de los crímenes de lesa humanidad cometidos en ese período.

Si Rapp y Ginsburg (1991) propusieron poner la mirada en la intersección entre las políticas de género y los demás aspectos de las jerarquías sociales, Morgan (2019) sugiere la gobernanza reproductiva como un lente que permite iluminar, analizar, exhibir lazos entre distintos actores que inciden en las formas de gobernar la reproducción y los cuerpos sexuados. Entre los agentes que disputan la sexualidad, sin dudas, están las religiones y su vinculación con la política.

Ahora bien, mediante esta herramienta conceptual, en los capítulos subsiguientes de esta tesis conoceremos y mapearemos la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en un espacio subnacional como la provincia de Tucumán, un espacio históricamente impregnado por lógicas conservadoras y religiosas, con especial énfasis en las limitaciones y posibilidades de acceso a las políticas de salud sexual de las mujeres tucumanas.

Como corolario, esta tesis postula la necesidad de un concepto como el de *gobernanza sexual*, además de reproductiva, ya que persisten en las sociedades actuales distintas formas en las que los Estados, por medio de sus instituciones, actores y discursos, gobiernan y reproducen ideas sobre la sexualidad de las personas. Esto implica ocuparnos del rol que cumplen el placer, la satisfacción, el disfrute de la salud sexual, el conocimiento del propio cuerpo, los vínculos posibles con el otro/otra, y no solamente la atención cuando la salud se ve amenazada o en su ausencia, en términos de enfermedad, tratamientos o cura. Esto incluye poner más énfasis en la promoción y en la prevención, por lo cual veremos a continuación un necesario enlace entre salud sexual y educación sexual integral.

2.5. Salud y educación sexual integral en disputa

Si bien no será objetivo de esta tesis el estudio en profundidad de la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI), una de las metas de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (LSSyPR), sancionada en 2002, fue “promover la salud sexual de los adolescentes”. Esta ley en su texto mencionaba el rol de la información orientada a las adolescencias y en el ámbito de la educación:

Artículo 8°.- Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

Artículo 9°.- Las instituciones educativas públicas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

En Argentina, la Ley 26.150 establece la creación del Programa de Educación Sexual Integral y fue aprobada en 2006. Para el contexto en que nació, propone una definición innovadora y articula diversos aspectos que atraviesan al ser humano: “A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Art. 1°, Ley 26.150). El texto también plantea como un derecho de los educandos de todo el país y de todos los establecimientos el recibir información de esta temática.

La importancia de la ESI radica en ser vehículo para la autonomía y la libertad. Es una de las vías existentes en nuestras sociedades para que las personas puedan conocer sus opciones y estar informadas. De hecho, no es casual que junto con los derechos sexuales y (no) reproductivos en general, y el aborto en particular, hayan sido éstos los espacios más atacados y obstaculizados por los grupos conservadores que se oponen a ellos. Implican formas de vivir la sexualidad como cada persona quiera y considere, con la libertad de sus propias elecciones, y eso amenaza un orden moral fijo e inmutable que estos grupos intentan sostener.

La ESI propone romper con las ideas de sexualidad únicamente como un aspecto biológico del ser humano y es por eso que también colabora, junto a elecciones como el aborto, a quebrar las ideas de que la sexualidad tiene como fin la reproducción, o que el destino inevitable de la mujer es la maternidad.

Uno de los puntos que la anudan con otras tantas leyes de nuestro país en las que la sexualidad aparece en escena es que la ESI también fue resistida por parte de los sectores conservadores en sus discusiones parlamentarias, con algunas sacudidas posteriores, como sucedió luego de la discusión sobre la legalización del aborto, en el año 2018, cuando también se reactivaron las movilizaciones en contra de la ESI. Esto se debe en parte a que especialmente “el campo educativo ha sido siempre un objetivo medular de la agenda conservadora y la sexualidad, una de sus principales batallas” (Faur, 2020). Al igual que con el aborto, parece ser que se trata de un campo en el que los sectores conservadores no están

dispuestos a relegar el poder y sus ideas de moral. Las instituciones y actores religiosos no aceptaron con agrado la sanción de esta ley. Por el contrario, lemas como “*Con mis hijos no te metas*” se expandieron cada vez más por el continente americano y tuvieron su actualización en colectivos autodenominados “pro vida” (Romero, 2022).

Como señalamos anteriormente, los sentidos sobre qué vidas valen y sobre qué cuerpos se sella la desigualdad se actualizan con estos debates, en los que se pone en juego el orden moral que madres y padres quieren trasladar a sus hijos e hijas, pensados como propiedad exclusiva, no como sujetos de derechos. En esta escena también hubo importantes cambios de paradigma, por los cuales se pasa de considerar a las infancias y adolescencias como incapaces a ser titulares plenos de sus derechos. El llamado “*Principio de Autonomía Progresiva*” establece el ejercicio de los derechos por parte de niños y niñas y el respeto de los adultos y adultas como guías para lograr su ciudadanía y su participación. Se trata de protegerlos, acompañarlos, pero sin negar ni desconocer sus derechos y su capacidad de elegir basada en información acorde a sus etapas de vida.

La modificación del Código Civil y Comercial de Argentina del año 2015 generó adaptaciones de muchas normativas a causa de los cambios introducidos. De hecho, se explica que

Se introducen los principios que rigen la *responsabilidad parental* (interés superior del niño; la autonomía progresiva de los hijos conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo; el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta de acuerdo a su edad y grado de madurez) (arts. 638, 639 y 640) (Dirección General de Asistencia Técnica y Legislativa, 2014).

Luego, un grupo de expertos y expertas en la temática se reunieron y elaboraron un documento de interpretación a las modificatorias del nuevo Código, que da como resultado un material de relevancia para guiar a los distintos actores e instituciones involucradas. Como resultado, la Resolución 65/2015 establece un marco interpretativo y explica cómo estos afectarían puntualmente el derecho a acceder a atención integral de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes.

Uno de los puntos relevantes es la importancia otorgada a la decisión de niños, niñas y adolescentes según sus edades y necesidades, y a escuchar su voz. En este sentido, un ítem vinculado a sus derechos sexuales hace referencia a las prácticas en el ámbito de la salud:

En consecuencia, se considera que las prácticas de salud sexual y salud reproductiva en general y todos los métodos anticonceptivos transitorios en particular (incluyendo los implantes y los dispositivos intrauterinos - DIU) no son prácticas “invasivas que comprometan el estado de salud” en los términos del artículo 26 del CCyC. Ello implica que desde los 13 años (salvo en los casos en que fuera de aplicación una norma especial que otorgase mejor derecho desde una menor edad) las personas pueden acceder a los métodos anticonceptivos transitorios en forma autónoma, como también al diagnóstico de VIH y al test de embarazo. En este sentido es importante recordar, que el/la adolescente con el asesoramiento del/a profesional determinará, de acuerdo con las condiciones del caso concreto, cuál es el método más adecuado. Esta decisión la tomará sobre la base de los criterios de elegibilidad (criterios técnicos basados en la evidencia) y la aceptabilidad de cada método para el/la adolescente (Anexo I, Resolución 65/2015).

Al tomar la ESI como parte del análisis quisimos reflexionar sobre las formas en que distintas agencias tienen protagonismo cuando la reproducción y la sexualidad aparecen en la escena. Como vimos, es un derecho de los adolescentes acceder a métodos y prestaciones de salud sexual y (no) reproductiva, al igual que todas las personas con capacidad de decidir. Por ello nos pareció que salud sexual y educación sexual, ambas concebidas desde la integralidad, tienen una fuerte relación si pensamos en ciudadanos y ciudadanas informados, que conozcan los derechos que los asisten, las obligaciones de respeto hacia el/la otro/a y hacia el propio cuerpo.

Conclusiones

En esta sección hemos procurado repasar el concepto de derechos de las mujeres, salud reproductiva y salud sexual para arribar a una concepción de derechos sexuales y (no) reproductivos que será utilizada a lo largo de toda esta tesis.

Buscamos anudar las ideas de ciudadanía y autonomía para pensar en los derechos humanos como parte fundante de la vida de las personas y como garantía para desarrollarse en sociedad. En este sentido, los derechos sexuales y (no) reproductivos permitirían separar la reproducción de la sexualidad y vehicular esas vidas, vividas más plenamente y en coherencia con los proyectos de cada persona, dentro del marco más amplio de los derechos sociales.

Sin embargo, comenzamos a describir cómo ciertas agencias tienen injerencia en la vida política y, por ende, se involucran en cómo las personas deben vivir su sexualidad y sus elecciones personales ligadas a ella. En este sentido, con los lentes de la gobernanza reproductiva expusimos redes y tramas que aparecen cuando sexualidad y reproducción son reconocidas como derechos. Este será el hilo conductor que guiará de ahora en adelante nuestra tesis, con especial énfasis en el caso de estudio, y que desarrollaremos en los capítulos subsiguientes.

Desde el ámbito del derecho tanto internacional como local, íntimamente vinculado con la existencia de ciertos términos en la arena del lenguaje, existen diversas formas de acercar a las personas a una vida saludable y plena en lo que respecta a su salud sexual y al cumplimiento de sus derechos sexuales y (no) reproductivos. Otros de los factores intervinientes es la Educación Sexual Integral, como rama que materializa la información como contenido imprescindible para tomar decisiones.

A continuación, analizaremos cómo fue el nacimiento de las dos leyes que otorgan el marco a esta tesis y cómo transitaron el arduo camino en la arena legislativa de Argentina. Proponemos pasar de las instancias más abstractas de la reflexión, que se posaron primero en el ámbito internacional, para descender hacia el caso de Argentina y sus leyes, como primera instancia de actualización de las normativas “desde arriba” (El Kotni y Singer, 2019), para llegar luego a su materialización en políticas públicas.

CAPÍTULO 3

Las Leyes existentes: donde se ubican las ideas

En conclusión, el mundo no había cambiado tanto. (...) ¿Sería que las leyes y los marcos institucionales regulaban los valores de las personas? ¿O serían los valores los que guiaban las leyes y las instituciones?
Kim Ji-young, nacida en 1982
Cho Nam-joo

Resulta importante atender a algunos conceptos de trascendencia para este estudio, ya que conformamos el marco a partir de dos importantes leyes de Argentina porque concebimos la discusión de las leyes como “la antesala de las políticas públicas” (Brown, 2014, p. 254). Además, el campo de los derechos no es privativo del mundo normativo ni del legal o jurídico, sino que más bien hace confluir al campo político, a los diversos actores políticos que lo conforman y a los conflictos entre esos participantes (Tiseyra et al., 2023).

En el capítulo anterior nos propusimos comprender y problematizar el vínculo entre las nociones de ciudadanía y autonomía, y desde allí, pensar los derechos sexuales y (no) reproductivos (DDSSyNRR) como anclaje en la separación de la reproducción y la sexualidad. En un contexto de demandas de los movimientos de mujeres y reconocimiento de las desigualdades de género existentes incluso en lo global, se obtuvo impulso necesario en esta área para una ley que abrirá el campo para otras posteriores en el ámbito de las sexualidades y la ciudadanía: la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, de 2002.

El derecho puede ser pensado como creador de subjetividades tanto como de posiciones del sujeto (Smart, 2000). En ese sentido, las leyes son su instrumento, y tanto en su ideación como en su debate, reglamentación y formas de reacción en la sociedad forman parte de estos esquemas significantes que buscamos analizar en esta tesis como un elemento de la cultura. A su vez, en el campo jurídico vemos que aparecen disputas, por un lado, por la denominación y, por el otro, por ubicar en la vida cotidiana de las personas lo que esta ley establece (Di Liscia, 2012). En vinculación a ello, los DDSSyNRR articulan ese punto de oscilación entre lo público y lo privado, la sexualidad y la reproducción, y evidencian el “carácter sexuado de los y las sujetas” (Brown, 2014, p. 257); posibilitan separar y unir estas dos áreas de la vida de las personas según se desee.

A su vez, y quizás justamente por lo antedicho, uno de los actores más fortalecidos en la oposición y reacción a la ampliación de derechos sexuales y reproductivos es el religioso, en especial en el NOA el activismo católico conservador. A pesar de lo que puede pensarse, difícilmente haya dejado de ser relevante en sus vínculos con la política no solamente en Argentina, sino también en todo el continente latinoamericano.

En particular, los distintos avances que implican el crecimiento de los feminismos y grupos LGBTTIQ+ como movimientos sociales generaron múltiples cambios que impactaron en el Estado pero también en su vinculaciones con lo religioso. Sin embargo, estos cambios no sucedieron sin generar reacciones por parte de los distintos poderes religiosos (Vaggione et al., 2022) como analizaremos a continuación en el campo de lo legislativo.

Las leyes y reglamentaciones o inclusive “los cambios en las atribuciones e injerencias de las agencias estatales de un período responden a relaciones sociales que expresan necesidades de un momento determinado” (Biernat y Ramacciotti, 2012, p. 10). Permiten ubicar un momento histórico en la sociedad que no está exento de hitos que lo rodean, construyen ideas sobre los sujetos que serán sus destinatarios, sobre la sexualidad y sobre el accionar de las personas, pero también suscitan reacciones y promueven la existencia de debates en distintos ámbitos. Si algo es seguro es que en la (larga) lucha por la legalización del aborto, la apuesta fue cada vez más tendiente a volcarse a las demandas por y a través del instrumento del derecho (Bergallo et al., 2018).

En este capítulo analizamos lo que dimos en llamar “el espacio de las ideas”: ámbito ocupado por las leyes y normativas que en los capítulos sucesivos estudiaremos desde el enfoque de las prácticas y aplicaciones. Proponemos indagar las dos leyes que tomamos como marco temporal, pero también instrumental para la presente investigación: Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable de 2002 (LSSyPR) y la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de 2020.

Además de representar el marco temporal en esta investigación, consideramos que en Argentina son dos leyes de relevancia para la historia de la salud sexual y (no) reproductiva, para el movimiento feminista y que, además, representan cambios de paradigmas en dos momentos decisivos de la historia política y social del país y de la región. Es que la Ley 25.673 “marca un piso para la demanda en relación a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, incluido el aborto” (Brown, 2017, p. 4) y representa el inicio de una etapa mucho más auspiciosa que en el pasado para la demanda de llegar a la despenalización total

del aborto. A continuación veremos en profundidad el surgimiento de cada una y su importancia para que posteriormente surjan políticas públicas concretas.

3.1. La Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable

La Ley 25.673 establece la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Rodríguez et al. (2005) sostienen que esta normativa permitió abrir el juego a la conversación sobre los derechos reproductivos dentro de un marco que había abonado el camino para ello. Desde su decreto reglamentario, procura el efectivo goce del derecho a la salud reproductiva, considerada como la posibilidad de elegir o no la reproducción, la cantidad de hijos e hijas que mujeres y personas con capacidad de gestar deseen tener y el intervalo entre embarazos. Pero, además, su relevancia está en adecuarse a los lineamientos de avanzada propuestos por los tratados internacionales (Iriarte, 2014). Desde el enfoque médico y de salud, la sanción de esta ley fue celebrada porque se incorporan “los derechos sexuales y reproductivos a las políticas sanitarias recuperando a su vez el rol del Estado como garante del pleno ejercicio de los Derechos Humanos” (Kanterewicz et al., 2015, pp. 6-7).

Debido a tradiciones legalistas que caracterizan a países como el nuestro, la creación de leyes implica un importante progreso cultural y desde las mismas es posible contribuir a la eliminación de ciertos los estereotipos, así como a la deconstrucción en materia de género (Iriarte, 2014). Si bien es cierto que “gran parte de los avances en pos de la igualdad de género se inician con la sanción de una ley —que no es otra cosa que el resultado de una movilización permanente—” (Cano y Hasicic, 2016, p. 5), debemos tener en cuenta que la simple elaboración de leyes o la existencia de las mismas en sí no garantizan su total cumplimiento o una modificación inmediata en las sociedades. De hecho, más bien la intervención del Estado aparece en el marco de procesos históricos, a medida que toman reconocimiento los derechos de las personas y esto impulsa a que se reconozcan sus derechos sociales. Al mismo tiempo, “se van creando nuevas demandas sociales que modifican el cursor de las agendas políticas y sociales”, sostienen Biernat y Ramacciotti (2012, p. 9).

Por lo general en nuestro país el problema no radica en el reconocimiento de los derechos, sino su implementación y protección (Schuster y García Jurado, 2006). De ahí que en esta investigación nos aboquemos a observar cómo se aplican las acciones de salud sexual y (no) reproductiva en el sistema público de un territorio subnacional. Para este análisis

tenemos en cuenta que abordar la sexualidad desde una perspectiva política y legal implica observar qué actores están teniendo lugar en el juego público, y que la ampliación de derechos cuando está involucrada la sexualidad y los derechos reproductivos generan cambios y producen impactos profundos y que atraviesan a todas las culturas (Peñas Defago, 2019).

“Es que las discusiones sobre el reconocimiento de estos derechos posiciona el debate en un campo marcado por procesos históricos, culturales y territorialmente situados de tensión/reacción respecto del predominio del modelo hegemónico de sociedad y cultura” (Peñas Defago, 2019, p. 13). Por lo tanto, no es sorpresivo que se sucedan situaciones de resistencia y desacuerdo, ya que además estamos frente a temas que eran considerados como parte de lo privado y pasan a ocupar protagonismo en la esfera pública, es decir, elementos propios de lo político. Justamente se debe a que las políticas sociales se revelan como el punto de encuentro, a veces choque o enfrentamiento, entre diversos actores sociales y políticos y de sus intereses (Biernat y Ramacciotti, 2012).

Si bien en numerosas ocasiones se sostiene que hay una distancia entre la letra de la ley y lo que sucede en la realidad, es cierto también que las leyes establecen las posibilidades civiles de lo que está posibilitado y lo que no. En el caso particular del aborto, algunas autoras como Brown (2017) sostuvieron que hasta el año en que comienza a debatirse la LSSyPR en nuestro país en el campo legislativo este no había despertado gran interés. Sin embargo, en ese espacio es donde se producen situaciones relevantes, por ejemplo “se discuten modelos de sociedad, deseables o posibles” (Brown, 2017, p. 2). Las leyes tienen la característica de reconocer, dentro de los bordes de un marco social, a los y las sujetas que son sus destinatarios. Proponen un discurso que da constitución a identidades posibles, fija los límites (Brown, 2017).

Si bien la ocupación del espacio público de esta temática aparece al poco tiempo de la restauración de la democracia, desde 1986 a 1999 diversos proyectos legislativos terminaron perdiendo su vigencia y a causa de ello no fueron siquiera debatidos. Sin embargo, comenzó a verse una “genealogía” (Di Liscia, 2014, p. 373) en cómo se instalan los DDSSyNRR y la conversación sobre diferentes cuestiones vinculadas a la autonomía del propio cuerpo en la opinión pública, en la política y también en el ámbito legislativo (Di Liscia, 2014).

Anteriormente, algunas diputadas como Silvia Martínez e Hilda González de Duhalde (Chiche), ambas por el Partido Justicialista, y Graciela Fernández Mejjide y Marcela

Bordenave por la Alianza por el Trabajo, la Justicia y la Educación, habían presentado proyectos al respecto. Pero, finalmente, el proyecto de las diputadas Elisa Carrió y Miriam Curletti de 1999 (ambas por el partido Radical y por la provincia de Chaco) fue discutido en comisiones y aprobado por mayoría en ambas Cámaras del Congreso tres años después. Llegó a Diputados y a Senadores con dictámenes de las comisiones de de Acción Social y Salud Pública, de Familia, Mujer y Minoridad y de Presupuesto y Hacienda. Se trató de la primera ley nacional referida a los derechos sexuales y a los reproductivos (Di Liscia, 2014), votada y sancionada el 30 de octubre de 2002.

Previamente, la provincia de La Pampa había sido pionera en este reconocimiento. Posee la Ley 1.363, aprobada en noviembre de 1991, por medio de la cual se concreta el Programa provincial de Procreación Responsable, lo que la convierte en la primera provincia en legislar este derecho, inclusive antes del ámbito nacional. Hasta la Reforma constitucional de 1994 permaneció como la única y, a pesar de que en 1988 había aplicado una experiencia piloto en un limitado grupo de servicios, la Ciudad de Buenos Aires, la jurisdicción más poblada del país, recién concretó en el año 2000 la sanción de la Ley 418 que creaba el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Petracci et al., 2006).

La cuestión de la denominación de las distintas leyes y programas de las provincias argentinas continúa permitiendo análisis al respecto. El adjetivo “*responsable*” acompaña a tres de las leyes provinciales, además de calificar a la norma nacional (Schuster y García Jurado, 2006). Esto conlleva una idea subyacente de cuidado, juicio, formalidad y hasta seriedad. Lo que puede acarrear como problemático es el significante contrario: quien no se guíe por este comportamiento sería alguien irresponsable, descuidado, imprudente. Atrae nuestra atención ante el riesgo de que esto recaiga en las mujeres, sobre quienes históricamente ya pesan las decisiones y cuidados reproductivos, lo que las sitúa ante una nueva posibilidad de estigmatización y juicio moral por parte de la sociedad.

Esto se suma a los valores sociales que históricamente se les ha asignado y que se han sedimentado, como la existencia del instinto, el deseo y el amor maternales, la maternidad como destino y como parámetro para establecer una femineidad normal, en palabras de Marcela Nari (2004). Veremos cómo estas capas de significados se solapan y aparecen en los discursos de algunos legisladores para oponerse a derechos como la anticoncepción universal o el aborto.

Con respecto a las discusiones más relevantes llevadas a cabo en el recinto parlamentario, tanto en Cámara de Diputados como de Senadores, nos interesa hacer foco especialmente en algunas de las intervenciones de legislativos del Norte argentino. En este sentido, intentamos observar la existencia de concepciones restrictivas y conservadoras o amplias e integrales sobre la salud sexual.

El ejercicio de analizar estos textos⁷ permite estudiar lo que se produce en la cultura a través de los discursos de los sujetos actantes, y el ámbito legislativo es uno de los espacios a los cuales prestar atención para observar qué ideas de la sexualidad, de la salud sexual y de la reproducción existen (Noblia y Zangone, 2010). Es un espacio donde se “proponen definiciones de la sociedad” (Brown, 2017, p. 3), por lo cual no las consideramos para nada inocentes y aisladas.

La Ley atravesó, como muchas otras de esta envergadura, un largo camino hasta su aprobación. La resistencia de los sectores conservadores a legislar en materia de sexualidad se hace presente siempre que aparece una propuesta de reconocimiento o ampliación de estos derechos. Sumado a esto, intervienen otros actores de la sociedad civil que se consideran a sí mismos competentes en esto, ya que, como sabemos, la sexualidad involucra la moral. Esto también se debe a que las prácticas sexuales son prácticas sociales y que éstas ocurren en el marco de relaciones desiguales de poder, social, cultural y políticamente organizadas (Yon Leau, 2014).

3. 1. 1. El texto de la Ley 25.673

La Ley comenzó a debatirse en las cámaras en 2001 y en octubre de 2002 logró su aprobación en la Cámara de Senadores por una gran mayoría (Meng, 2006). La norma tiene carácter *tuitivo*, es decir que surge con la finalidad de cuidar, amparar y defender derechos ya existentes (Rodríguez et. al, 2005), y se plantea como objetivo central asegurar el derecho a la salud reproductiva. En su texto (ver Anexo) se establece de manera explícita la formación de un programa nacional y, a partir de ahí, se explicitan los objetivos de la ley y su injerencia, así como la modalidad de aplicación que tendrá que llevarse a cabo, entre otros.

⁷ Se trata de textos provenientes de la oralidad, pero a los que se puede acceder por las transcripciones escritas de sesiones y debates, llamadas versiones taquigráficas. Distintas discusiones legislativas están disponibles *on line* por la Dirección Parlamentaria de la Cámara de Diputados o la Secretaría Parlamentaria de la Cámara de Senadores de la Nación.

Si bien a lo largo del texto de la Ley 25.673 se habla en términos de “la población” o “la comunidad”, particularmente se hace referencia a “Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable” (Art. 2°), lo que excluye a los hombres y otras identidades. De hecho, reiteramos que históricamente la planificación familiar recayó casi exclusivamente en las mujeres (Jelin, 2017), por lo que este artículo de la ley no haría más que reproducir y prolongar dicha responsabilidad. De ahí en más, el texto evita cualquier dicotomía entre hombre/mujer⁸.

Con una finalidad especialmente preventiva, tiene como objetivos disminuir la morbimortalidad materno-infantil, evitar embarazos no deseados, prevenir enfermedades de transmisión sexual y patologías genitales y mamarias, entre otros (Rodríguez et al., 2005). Pero no aspira únicamente a lo preventivo, sino que, además, apunta a diagnósticos y tratamientos de infecciones de transmisión sexual y patologías genito-mamarias, así como también al monitoreo y evaluación de los métodos y elementos anticonceptivos entregados a la población destinataria.

Para ello, presenta un concepto de salud superador de la mera ausencia de enfermedades, situándose “dentro del más amplio concepto de dignidad humana, en el marco universal de los derechos básicos del hombre” (Rodríguez et al., 2005, p. 96). Algunos autores también consideran, desde una perspectiva del derecho argentino vigente, que la ley implica destacar el acceso a la información, como paso preliminar ineludible para decidir sobre la base de garantías para la libertad individual en la elección (Rodríguez et al., 2005).

Sin embargo, hay que tener en cuenta la perspectiva de autoras que hacen hincapié en las condiciones en que este derecho existe en nuestra sociedad. En primer lugar teniendo en cuenta que, antes que madres, las mujeres son sujetos y, en segundo, la existencia de obstáculos desde la socialización de género hasta los escollos materiales persistentes (Venticinque, 2016).

Ante una ley y un programa tan necesarios, resta preguntarse si las menciones en el texto son suficientes para equiparar la balanza entre los géneros y entre las clases sociales, teniendo en cuenta que no todas las mujeres pueden acceder a servicios que les aseguren atención como en la salud privada y las diversas desigualdades que recaen sobre ellas, cuando

⁸ La ley completa puede leerse en el Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ), así como el texto de otras leyes: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>

se suman al género la pobreza, la etnia, la raza e inclusive la marginalidad, el ser sostén de un hogar, entre muchos otros cruces.

En el Artículo 6° se habla explícitamente de la “transformación del modelo de atención” y señala que esto se logrará mediante el refuerzo de la calidad y la cobertura de servicios de salud para cubrir las necesidades puntuales en salud sexual y procreación responsable. Sin embargo, no se explica por qué es necesaria una transformación ni de qué modelo de atención se parte para la misma. Podemos arriesgar que se apunta a una nueva concepción de salud sexual integral, de manera amplia, o que por transformación se refiere a un trabajo mancomunado e intersectorial (planteado en el Art. 5°) para acercar los servicios de salud a la comunidad y, de este modo, atender a la mayor parte de la población. A su vez, podemos remontarnos al contexto en el que surge, marcado por la profunda crisis política, social e institucional de los primeros años de la década del 2000 (Brown, 2008) a causa del sistema neoliberal en funcionamiento en nuestro país y la vigente polarización de la sociedad (Tiseyra et al., 2023). Como vimos en el caso tucumano, el contexto de crisis afectó directamente al sistema de salud y a sus posibilidades de cobertura y atención, lo que implicó su empobrecimiento, falta de inversión y ausencia de insumos.

El Artículo 6° desarrolla un poco más extensamente cuestiones referidas a los controles y tratamiento, por un lado para detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida y cáncer, así como el posterior al suministro de métodos anticonceptivos. Sin embargo, aquí llama la atención la aclaración sobre los métodos anticonceptivos: “de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios”, y que previamente deberá brindarse “información brindada sobre las ventajas y desventajas de los **métodos naturales** y aquellos aprobados por la ANMAT⁹.” Esto en referencia a la llamada planificación natural o al método del ritmo, sistema mediante el cual se observan los procesos fisiológicos que se dan en el cuerpo para saber cuándo tener o no relaciones sexuales. Para que no haya riesgo de embarazo el coito debe ser durante los días en que una mujer o persona con capacidad de gestar no está ovulando. A este fin se observa el moco cervical, se toma la temperatura o simplemente se observa en el calendario los días que, de acuerdo a la última menstruación, no debería embarazarse.

⁹ ANMAT es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica, el organismo autárquico que evalúa y garantiza desde la salud que los productos sean eficaces, seguros y de calidad.

El hecho de que aparezcan los métodos naturales es llamativo en una ley de salud sexual propiamente dicha, por un lado porque no previenen de enfermedades de transmisión sexual. Pero, además, estos métodos son los que la Iglesia católica aprueba y promueve entre sus fieles (mediante la encíclica *Humanae Vitae* de 1968 y ratificada en 2008 por el Vaticano), por lo cual su aparición en esta ley parece tener explicación en las presiones de los actores católicos en el debate y la posibilidad de contentar a esos sectores y lograr consensos.

La ley también establece que todas las coberturas de salud existentes en nuestro país (sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados) deberán incorporar las acciones establecidas según el Programa Médico Obligatorio (PMO). Este punto dialoga de manera directa con los objetivos de lograr una cobertura para toda la población sin discriminación y acortar las brechas y las desigualdades de clase en las prácticas reproductivas y sexuales. Este es el punto en el que se deja asentada la cobertura universal de anticonceptivos, un avance de suma importancia en la historia de nuestro país con relación a cómo se accedía a las políticas de salud sexual previamente.

A su vez, aparece la concesión a que los establecimientos den “cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones”. Esta mención habilita a que, en muchos casos, instituciones religiosas y/o confesionales se vean exentas de brindar la información en consonancia con sus creencias, que muchas veces transitan de manera opuesta a los derechos humanos, al respeto a la diversidad sexual y a la vivencia de la sexualidad de manera libre y autónoma. Inclusive, el artículo 10 exime a las instituciones confesionales a brindar métodos de anticoncepción si sus convicciones así se lo impidiesen.

Como veremos a continuación, detrás de las exposiciones de los parlamentarios, tanto en Diputados como en Senadores, puede verse que, como la literatura ha analizado, los discursos circulan predominantemente alrededor de los tópicos sexualidad, pobreza, reproducción y, de manera recurrente, respecto al aborto (Noblia y Zangone, 2010). Sin lugar a dudas, se trata de cuatro temáticas que generan polémica y debates acalorados, ya que estamos hablando de una ley que regula la vida sexual en el ámbito de la salud y la libertad de decidir acerca de la reproducción, dimensiones que han sido prioritarias para los sistemas de creencias religiosas. Ello se refleja en discursos de los pocos parlamentarios que votaron en contra de la ley y que están ligados a los sectores conservadores y religiosos, específicamente sosteniendo a la sexualidad con el único fin de la procreación.

Sin embargo, algunos de los aliados en esta y otras leyes también ocuparon espacios gubernamentales y parlamentarios, como Ginés González García, ministro de Salud de la Nación (de 2002 a 2007 y luego en 2019 a 2021), y con una postura clara a favor de la despenalización del aborto como medida para reducir la mortalidad materna (Brown, 2008). Se trata del mismo ministro de Salud al momento de la votación y sanción de la Ley de IVE que, junto a otros actores de roles destacados, siempre se pronunciaron públicamente a favor de este derecho.

3. 1. 2. El debate parlamentario de 2002: los discursos de las y los legisladores

En primera instancia, recordemos que el espacio parlamentario es un ámbito de decisión, así como de exposición discursiva. Los participantes (diputados y senadores) interactúan pero, además, reflejan formas de pensar y representan a sectores sociales y políticos con ideas determinadas (Noblia y Zangone, 2010). En este sentido nos abocaremos a algunas intervenciones de diputados y senadores que tuvieron lugar cuando se discutió la ley, previamente a su aprobación: en 2001 en la Cámara de Diputados y en 2002 en la de Senadores.

Frente al recorrido de los DDSSyNRR en nuestro país, tenemos en cuenta que uno de los factores que aporta al ejercicio y la construcción de los derechos es el aumento de la presencia de mujeres en espacios de decisión en el Estado. La Ley de Cupo Femenino data de 1991 y establece la obligatoriedad del 30% de mujeres en la lista de cargos electivos a nivel nacional, provincial y municipal, lo que alienta su participación política. Sin embargo, como apunta Valobra (2023) su presencia en estas instancias institucionales no necesariamente garantiza una labor defensiva de la posición de la mujer ni que necesariamente hayan reproducido una postura maternalista, lo que más bien el debate sobre la complejidad de las participaciones femeninas en la política.

El recorrido de este tratamiento parlamentario revela la existencia de alianzas interpartidarias entre ellas al momento de presentar los proyectos y defenderlos. La interlocución de las mujeres desde estos espacios fue estratégica a la hora de persistir en la presentación de los proyectos en la Cámara de Diputados, por ejemplo (Meng, 2006). Si nos guiamos por este tratamiento, las parlamentarias que habían instalado el debate en el Congreso en 1999 fueron Carrió y Curletti, Hilda González de Duhalde y otros, Bordenave y

otros, María Isabel García de Cano y Cristina Guevara, Margarita Stolbizer (Bloque Unión Cívica Radical), Laura Musa y Norma Parentella. Como vemos, mayormente se trató de congresistas mujeres.

En el debate de Diputados del 18 de abril de 2001, muy pocos legisladores votaron de forma negativa. Estos correspondieron a representantes del justicialismo, de Fuerza Republicana de Tucumán, uno de la Alianza y uno del Partido Demócrata Progresista. En el aspecto discursivo, tanto el de Mario Cafiero (por el justicialismo de Buenos Aires) como el de Roberto Lix Klett (de Fuerza Republicana de Tucumán) se destacan por oratorias que ligan la sexualidad con la procreación, a posiciones nacionalistas que ven en toda regulación de la población la traición a los contenidos de la identidad nacional o una política imperialista destinada al control de los países subdesarrollados y “una rígida demarcación binaria de los géneros” (Di Liscia, 2014, p. 371). Este tipo de intervenciones y discursos nos hacen pensar en la “tradición poblacionista” (Biernat, 2011, p. 190) como las que consideraban la reproducción como el componente imprescindible para que el país continúe desarrollándose. Este reaseguro, además, tiene por detrás una idea de homogeneidad poblacional, lo que abona a la idea de pureza nacional y de progreso seguro para los modernos Estados nacionales (Biernat, 2011).

En el primer capítulo caracterizamos al partido Fuerza Republicana, fundado por el genocida y represor Domingo Bussi. Como parte de este espacio, el diputado Lix Klett expuso una serie de supuestos fundamentos sobre los efectos nocivos de los anticonceptivos sobre la salud de las mujeres, y agregó: “Considero esto como una auténtica agresión a nuestras mujeres, a quienes rindo homenaje en este recinto, porque nunca olvidaré que una mujer me llevó en su vientre y que otra fue la madre de mis siete hijas mujeres. A ellas rindo homenaje”(Diario de sesiones, Cámara de Diputados. 18 de abril de 2001). Sin embargo, sus referencias sobre esas contraindicaciones son vagas y resultan insuficientes, no brinda fundamentos médicos o científicos más que la mención a un Decano de la Facultad de Medicina de Managua y luego agrega:

En primer lugar, si la norma trata sobre salud y reproducción, o si detrás de este nombre se esconde una política antinatalista [Se transcriben manifestaciones desde las galerías del recinto] (...). Digo que no al aborto –como lo dije– y sí a la educación. Además, digo que no a la anticoncepción porque es nefasta para el

país; nuestra tasa de crecimiento es muy baja (Roberto Lix Klett. Diario de Sesiones, Cámara de Diputados. 18 de abril de 2001).

Justamente, su discurso omite decir que la ley viene a reparar esos vacíos que en ese momento existían en materia de anticoncepción y muestra su ignorancia sobre el contenido de la misma porque declararse a favor de la educación sería votar en favor de esta ley. Recordemos que representa una antesala a la posterior Ley de ESI (del año 2006) y establece que uno de los espacios de difusión de los contenidos de SSyPR será el ámbito educativo. En su exposición hace diferentes menciones que dejan clara su postura, entre las que figuran el Día del Niño por Nacer (fecha establecida por el ex presidente Carlos Menem para el 25 de marzo)¹⁰, la encíclica de Juan Pablo II *Evangelium Vitae*, o el “hogar argentino”, entre muchos otros.

A esta intervención la Diputada María América González, por Buenos Aires, le responde directamente y hace referencia a la figura del genocida Bussi como gobernador de la provincia hasta muy poco tiempo antes de esta fecha como un “vil tirano”. La parlamentaria formaba parte del Frente Grande, escisión del Partido Justicialista que armó Carlos “Chacho” Álvarez y al que se le unen políticos más progresistas. Fue conocida también por su trabajo orientado a lo previsional, con algunos bloques en programas televisivos compartiendo información sobre los derechos de los jubilados, y luego se sumó a la Coalición Cívica-ARI. Aquí aboga por la libertad de las mujeres a no querer ser madres, mediante la frase que se haría famosa: “las mujeres no somos gallinas ponedoras”.

Ésta es una iniciativa en la que muchos hombres y mujeres hemos trabajado y tras cuya aprobación hemos perseverado, y él no puede leer lo más sencillo, que es la palabra vida. Porque acá estamos hablando de la protección de la salud, de la protección de la mujer y la protección de la familia, que es el seno del amor. Por otra parte, quiero decir a este diputado de la provincia de Tucumán —linda provincia, en manos de ese vil tirano— que quizá él no sepa que las mujeres no somos gallinas ponedoras y que no respondemos a ninguna política poblacional. Este tipo de política hay que hacerla desde otro ministerio y no desde los ovarios de la mujer. Las mujeres somos libres y queremos constituir una familia libre. A

¹⁰ A partir de los impulsos por parte de los grupos autodenominados “pro vida” y otras organizaciones de tipo religioso en Argentina se fija esta fecha como el Día del Niño por Nacer, en diciembre de 1998 mediante el decreto 1406/98. Esto sucede luego de que el presidente que lo establece, Carlos Menem, tuviera un encuentro con el papa Juan Pablo II en el Vaticano.

las chicas que no tienen educación y que no pueden ser libres, las mujeres y los hombres de este Congreso les vamos a empezar a dar una oportunidad, que deberá ir acompañada de una educación. Pero no somos gallinas ponedoras; la política poblacional la discutimos en otro proyecto (María América González. Diario de Sesiones, Cámara de Diputados. 18 de abril de 2001).

En su intervención, González hace hincapié en la tarea que deben cumplir los legisladores para asegurar que todas las jóvenes accedan a la educación y la información sobre salud sexual en general, sobre anticoncepción en particular y sobre sus derechos. Otra intervención a destacar es la de Carrió, en ese entonces Diputada por Chaco y perteneciente a la UCR, quien había presentado el proyecto que finalmente ve la luz en forma de ley:

En consecuencia, quiero que quede claro al pueblo argentino que éste es el derecho de una niña a saber qué es su cuerpo, y de una adolescente o de una mujer a no tener que elegir entre la leche del hijo o el anticonceptivo. Este es el derecho que no tienen algunas, porque nosotros, como clase política, hemos construido una sociedad de exclusión, una sociedad que hace víctimas a las más víctimas. Y las más víctimas entre las víctimas son las mujeres (Elisa Carrió. Diario de Sesiones, Cámara de Diputados. 18 de abril de 2001).

Ella hace referencia nuevamente a quienes no pueden acceder tanto a la información como a los recursos para planificar o no sus embarazos, la formación de una familia u otros proyectos personales. De ahí destaca que entre los excluidos, la situación de las mujeres es a la que hay que atender con mayor urgencia.

A pesar de lo observado anteriormente, y como sostuvo Meng (2006), en el debate parlamentario hubo una ausencia de discusión acerca del derecho a la autonomía de la mujer. Algunos como Cafiero lo traen a colación pero por la negativa, remarcando que de alguna manera sería perjudicial que las mujeres ejercieran la libertad de disponer sobre su cuerpo, porque esto las llevaría “a tomar decisiones hasta moralmente criminales” (P. 107).

Los diputados Lix Klett y Cafiero, mediante su discurso, representan los valores del conservadurismo ligado a la iglesia católica, en el que la sexualidad está solamente ligada a la reproducción y que recluye a la mujer a su rol de madre, en muchos casos negando o desmereciendo otros proyectos de vida diferentes.

Aparecen, por último, diversas menciones a los intentos de que esta ley se discutiera previamente, y a quienes estuvieron impulsándolos con anterioridad. Entre ellos, una de las grandes impulsoras de la ley explicó:

Esta es una iniciativa sobre la que hemos trabajado durante mucho tiempo en el Congreso con integrantes del Encuentro de Mujeres y con representantes de organizaciones no gubernamentales. Este es un segundo intento para ver si realmente el proyecto puede ser aprobado (Marcela Bordenave, diputada por la Alianza. Diario de Sesiones, Cámara de Diputados. 18 de abril de 2001).

En el caso de la discusión en Cámara de Senadores, que duró casi cinco horas, se aprobó por gran mayoría el dictamen único expedido por la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública. En la instancia de recinto, la Senadora Teresa Colombo —por la provincia de Catamarca y de la UCR— comentó que, en el interior de su provincia, al presentarse un proyecto para distribuir dispositivos intrauterinos (DIU), se tildó a esa localidad de “capital nacional del aborto”:

La respuesta la vamos a dar hoy las veinticinco senadoras que hemos accedido a nuestras bancas por la ley de cupo femenino. Y vamos a saldar esta deuda que tiene el Congreso de la Nación con el conjunto de las mujeres argentinas, pero, fundamentalmente, con aquellas mujeres más pobres [...] cuál era el destino de estas mujeres pobres con diez o doce hijos. Y respondía: ¡el aborto! Yo digo: ¡la muerte de ellas y de sus hijos! Frente a esto, que es un problema público, por qué no expresar nuestra alegría para dar hoy este paso que es muy importante (Teresa Colombo. Diario de Sesiones, Cámara de Senadores. 30 de octubre de 2002).

En el discurso se refleja lo que marcamos más arriba, que en este caso la cantidad de parlamentarias mujeres sí puede haber incidido en que leyes como ésta logren ver la luz y efectivizarse en nuestro país. Asimismo, ese elemento le da fuerza y vigor a su argumentación al poner a las mujeres en un rol activo dentro del Senado en “dar respuesta” o “saldar la deuda”. Podemos pensar que se debe a que va dirigido directamente a las mujeres, a la posibilidad de elegir no maternar, a un derecho que afecta o beneficia de manera concreta a sus potenciales votantes.

Luego, Colombo habla de “una política pública”, hace mención a una concepción integral de la salud en relación con los sistemas de salud, con el objetivo de que brinden

coberturas más universales y que consideren a la salud sexual como parte de la salud pública. Además de mencionar al lugar que ocupan las mujeres gracias a la Ley de Cupo, también se nombra al marco de Derechos Humanos y acciones para disminuir la mortalidad materna atendiéndola como problemática del país. Pero entre las que más se destacan son las numerosas intervenciones orientadas a reflexionar y argumentar que son las mujeres más pobres, con muchos hijos o a las niñas víctimas de abusos y embarazos no deseados o embarazadas adolescentes quienes deben ser contenidas por las garantías del Estado.

Mientras tanto, la figura masculina en el rol de padre o de pareja está ausente en casi todas las exposiciones (Meng, 2006; Noblia y Zangone, 2010). No se menciona y con esto queda silenciado, junto con su responsabilidad en la salud sexual en general, en la procreación, en la anticoncepción e inclusive potencialmente todo lo que rodee a la paternidad. Cuando aparece el sustantivo “hombre” lo hace para representar a la humanidad, en tanto hombres y mujeres, igualmente a cuando aparece “paternidad”, palabra que generaliza maternidades y paternidades.

Luego este repaso por los puntos destacados tanto del texto de esta ley como de algunas de las exposiciones parlamentarias en Diputados, pasaremos a analizar la legalización del aborto en Argentina. Como propone Brown (2008) sostenidamente, exigir este derecho implica situarnos ante el aborto como “bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales” (p. 280). Es decir, que la práctica también sea reconocida dentro del ámbito sanitario y el Estado como su garante hace que sea una demanda por la libertad sexual y por la igualdad de todas las personas de la sociedad.

3. 2. La Interrupción Voluntaria del Embarazo es ley

Durante los debates del año 2018, y con el campo de los derechos humanos ya abierto, el reclamo no cesa y se reactiva. El reconocimiento de la salud sexual como responsabilidad del Estado argentino permitió abrir el camino hacia la legalización del aborto. Luego del masivo reclamo por el cese de los femicidios, conocido como *Ni Una Menos*, en 2015, ciertos temas dejan de ocupar exclusivamente el espacio de lo privado, de lo académico o de lo político partidario, para ser centrales en las discusiones diarias, en las universidades, en las redes sociales, en los medios masivos de comunicación y en las casas.

Pero, además, cambia el centro del pedido y se fortalece el reclamo porque el aborto sea reconocido como una cuestión de salud pública. Este aspecto implica en el campo de la lucha la adopción de nuevos elementos discursivos y conceptuales. Se cita a expertos a nuevas sesiones, se escriben nuevos carteles para las marchas y se esgrimen nuevos argumentos en las discusiones sobre el tema.

Sucede que la problemática seguía trayendo las mismas complicaciones para analizarla, a pesar de tratarse de la salud y de una práctica reiterada: la clandestinidad convertía a la IVE en una acción sobre la que carecíamos de datos y estadísticas para abordarla. Realizarlo sin seguimiento sanitario o la sepsis necesaria trae aparejados más riesgos. Las complicaciones post aborto o las muertes eran registradas en el sistema de salud una vez que llegaban al mismo, bajo la etiqueta “*egresos por complicaciones por aborto*”, pero de otro modo no había información fidedigna de cuántas personas abortaban por año. Entonces, se puso el foco más bien en el hecho de que “el aborto inseguro y sus complicaciones contribuyen significativamente a la mortalidad y morbilidad materna en América Latina, y han sido señalados como problemas de salud pública desde hace más de 40 años por la Organización Mundial de la Salud” (Romero et al., 2010, p. 22).

Entre una ley y la otra son fundamentales otros avances en derechos sexuales y (no) reproductivos, que terminan por dar un corpus robusto de legislaciones sobre la sexualidad, la identidad y la libertad de elegir de las personas. A modo de breve repaso nos referimos a: Ley de Parto Humanizado (año 2004); Ley de Intervenciones de Contracepción Quirúrgica (año 2006); la Ley de Educación Sexual Integral (año 2006); la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (año 2009); la Ley de Matrimonio Civil para personas del mismo sexo (año 2010) o la Ley de Identidad de Género (año 2012).

En esta investigación consideramos todas igualmente importantes ya que pueden apreciarse casi 25 años de intervenciones en el ámbito legislativo que permitieron modificaciones sustanciales en la sociedad. Se puede observar cómo estas leyes “hacen realidad” las ideas, desde lo jurídico y discursivo a lo concreto y material; permiten diariamente a las personas de Argentina acceder a derechos que antes no eran reconocidos, y a planificar y concretar vidas más libres y potencialmente plenas en tanto puedan tener basamento en los deseos y elecciones propias.

Casi 20 años después de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, nuevamente en el Senado argentino se aprueba una ley referida a la sexualidad de las personas: la Ley 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Se trataba de un contexto de Pandemia por Covid 19 en el que, luego de un arduo debate, en la madrugada del 30 de diciembre de 2020, con 38 votos a favor, 29 en contra y una abstención. La misma fue reglamentada el 14 de enero de 2021 y determina que las mujeres y las “personas con otras identidades de género con capacidad de gestar” puedan acceder a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 inclusive del proceso gestacional (ver Anexo). Pasado ese período, la ley mantiene las causales previstas en el Código Penal de 1921 que determinaban la ILE cuando representa un riesgo para la vida o la salud de la persona embarazada y cuando es producto de una violación.

Esta ley regula la IVE y la atención posaborto, según establece su decreto reglamentario. Tiene por objeto el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible y es orden público, es decir que su aplicación es obligatoria en todo el territorio de la República Argentina, por lo cual no precisa de adhesiones provinciales para entrar en vigencia (Felitti, 2021). Pero, además, contaba con un apoyo masivo en las calles, afuera del recinto parlamentario, en el que la *mareta verde* esperaba atenta, con los símbolos y repertorios propios del activismo más amplio, que junto a las demandas al Estado también intentaron, como en el caso de Socorristas, cambiar los sentidos asociados al aborto (Burton y Vacarezza, 2024). Así también las réplicas en plazas y espacios públicos de toda Argentina y de otros países inclusive apoyaron y acompañaron el calor de la lucha.

3. 2.1. El antes y el después de la ley de aborto

Sin lugar a dudas, resulta una de las legalizaciones más relevantes en la historia de nuestro país y de la región, además de una larga lucha de los feminismos y movimientos sociales de Argentina. El despenalizar una práctica que se realizaba en la clandestinidad implica reconocerla como una prestación que deben asegurar tanto la salud pública y gratuita como el subsector privado y de obras sociales.

Sin embargo, estamos ante una de las leyes más discutidas y quizás entre los temas más polémicos de la arena social y legislativa, junto con la legalización de la marihuana y prácticas como la eutanasia, entre otras. Se trata de una práctica que las personas con

capacidad de gestar llevan realizando hace siglos y que no parece estar por cesar. Es que, como sostienen numerosas investigaciones previas, se trata de establecer el límite entre las decisiones sobre el propio cuerpo y la sexualidad por fuera del ámbito estrictamente privado, y clandestino como se realizaba previamente, al espacio de lo público y lo político.

A pesar de no haberse legalizado en 2018, la práctica comenzó a ser vista con otros ojos, y el contexto legislativo y social también van mutando y de a poco se fue dejando paso de la *estigmatización a la aceptación* (Fernández Vázquez y Brown, 2019). Los argumentos de este debate pendular alrededor de numerosas expertas y expertos en salud pública, derecho, sociología, estudios de género e inclusive mujeres que cuentan su experiencia personal, entre muchos otros. El gran logro fue mostrar la otra cara del aborto, sacarla de la oscuridad y dar cuenta de que muchas más mujeres de las que se pensaba habían abortado, y la práctica sin dudas seguiría ocurriendo.

Esto permitió que, al llegar el 2020, la discusión tuviera algunos puntos ya saldados y contara con el apoyo de grandes sectores de la sociedad argentina, e incluso latinoamericana. Podemos pensar que en el contexto mencionado la salud recibió más visibilización, en tanto se trataba de un momento en que la ciencia médica y sus profesiones vinculadas (enfermería, cuidadoras profesionales, entre otras) tenían toda la atención de la población. Como ejemplo, podemos pensar en la Ley de Cuidados Paliativos, N° 27.678, que también se sanciona en lo que conocemos como la post pandemia (en el año 2022). En muchos casos, esa atención sobre la salud se tradujo en mejoras legislativas, mientras que en muchos otros no significó jerarquización de los puestos de trabajo o de los salarios, como sucede en el caso de la enfermería profesional (Ramacciotti, 2023).

Como explica Felitti (2021), el texto mismo de la Ley de IVE apela a la “autonomía de la voluntad”, lo que implica un cambio de paradigma de lo que venía sosteniéndose en los abortos no punibles hasta antes de 2020. A su vez, estipula un plazo de 14 semanas inclusive, dentro de las cuales no será necesaria una justificación para la interrupción. Será suficiente que una mujer o persona con capacidad de gestar solicite la IVE, ejercitando su voluntad y su derecho, por lo que esta modificación en el tipo de atención resulta notoria (Felitti, 2021).

La sanción implicó que tanto la salud pública como las empresas de medicina nacionales y provinciales debían comenzar a cubrir de manera gratuita e integral la práctica, en un plazo máximo de 10 días desde la solicitud. Las discusiones y los discursos que rondaron los debates no estuvieron exentos de resistencias de los legisladores y los actores

políticos conservadores, que intentaron hacer su contrapeso oponiéndose a la ley, esgrimiendo muchas veces argumentos falaces y apuntando generalmente al niño por nacer como el más vulnerable y a la imagen del feto en sus carteles y proclamas. Mientras que el feminismo y los movimientos por los derechos humanos apuntaban a la autonomía de la persona gestante, al derecho sobre el propio cuerpo y a las preocupaciones dentro del campo de la salud pública —ya que no estamos ante hechos aislados o individuales, sino reiterados—, quienes se oponían al aborto focalizaban en los derechos del no nacido por sobre los proyectos personales y las decisiones de vida de la persona gestante, además de hacer hincapié en que el Estado y sus erogaciones no deberían costear las decisiones personales de los demás.

A pesar de no ser legal en Argentina, ya desde 2012 los profesionales de la salud pudieron resguardarse por otro hito de importancia: el conocido como Fallo F.A.L. Las llamadas “causales” están contempladas en nuestro Código Penal de la Nación argentina de 1921, vigente hasta la actualidad, y dado por un contexto de focalización del Estado en la maternidad y la crianza (Calandria y Ledesma Prietto, 2018). En el Artículo 86 se contemplaba la opción de acceder a un aborto no punible y a la atención médica en los casos en que corra peligro de vida la mujer embarazada, o si el embarazo proviniese de una violación.

Dicha sección del código luego fue interpretada, reafirmada y aclarada por el Fallo F. A. L. que emitió la Corte Suprema de Justicia argentina, en el año 2012, debido a la judicialización de un aborto solicitado por una joven de 15 años violada por su padrastro. En dicho texto se despejan dudas sobre las causales para los abortos no punibles y se insta a que los establecimientos generen las condiciones mínimas de seguridad para efectuar este procedimiento, garanticen a las mujeres el acceso a la información y la confidencialidad y la eliminación de dilaciones innecesarias (Gebruers y Gherardi, 2015). Por otro lado, existen otros ejemplos que se sitúan dentro de los riesgos que un embarazo puede traer aparejado, por ejemplo, para una persona que sufre violencias, lo que incrementaría notablemente su sufrimiento (Cartabia y Hopp, 2018).

En este sentido es que los y las profesionales de la salud, así como espacios militantes de gran relevancia a nivel nacional como las Socorristas en Red¹¹, acompañan, informan y

¹¹ El colectivo se describe como “feministas y transfeministas que abortamos”, pero además brindan información según los protocolos de la Organización Mundial de la Salud a personas han decidido interrumpir embarazos, además de acompañarlas para que puedan hacerlo de forma segura y sin

aseguran que se concreten las ILE a partir de la noción de salud integral. Se trata de una figura de resistencia durante los años en que aún tenía su normativa propia, pero entendida como una elección de la persona gestante, ante lo sucedido por fuera de sus planes debido a la falla o ausencia de métodos anticonceptivos o por ser víctimas de violencia sexual. Esta situación se enmarcaba perfectamente en una causal que ponía en peligro la salud mental y psicológica de las personas que lo solicitaban. Pero, además, puede también ser encuadrado en el espacio entre “una lucha por una vida libre de violencias y el respeto a la libertad reproductiva” (Cartabia y Hopp, 2018, p. 167).

Antes de la Ley de IVE, la mencionada *Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito*, las *Socorristas* o la *Red de profesionales por el derecho a decidir*¹² (que nace a partir del año 2018, luego del primer debate parlamentario por la legalización) custodiaban y garantizaban este derecho en un marco que va dando paso de a poco del estigma sobre el aborto al orgullo de asegurarlo (Fernández Vazquez y Brown, 2019). Sin embargo, a pesar de tratarse de una ley que fue largamente impulsada (y deseada) por los feminismos y organizaciones de derechos humanos, médicas, jurídicas, entre muchas otras, en la práctica y en los territorios el aseguramiento de este derecho sigue siendo fuertemente resistido, al poner la sexualidad en el centro de la escena.

Las expertas aseguran que “la posibilidad del acceso oportuno al aborto, con tecnologías adecuadas, con equipos capacitados, y con menos estigmas y barreras, se traduce en mejoras para el bienestar, la salud y la vida de las mujeres” (Romero et al., 2024, p. 37). En efecto, podemos hablar de disminución de las muertes maternas por aborto y por causas indirectas debido a las políticas de acceso a la anticoncepción y a IVE seguras. Pero, como veremos en los siguientes capítulos, quienes reciben y alojan día a día las inquietudes de las mujeres tucumanas, por ejemplo, expresan que en muchas ocasiones tienen que convivir, también, con directores de hospitales que muchas veces no obstaculizan, pero tampoco acompañan ni impulsan campañas de información, difusión a la comunidad o de capacitación al personal de salud. Es decir, no aseguran que el derecho logrado llegue del papel a la mujer usuaria que lo necesita.

riesgos para sus vidas. La web de las Socorristas en Red para conocer su historia y relevancia: <https://socorristasenred.org/quienes-somos/>

¹² El sitio para conocer más sobre la Red a nivel nacional, su trayectoria y acciones a nivel nacional: <http://redsaluddecidir.org/>

3.2.2. La postura de legisladores del Noroeste

En el tratamiento de esta ley también podemos ver una tendencia de algunos funcionarios legislativos hacia posturas más conservadoras que otras. Sin embargo, desde la Ley de 2002 a esta hubo una mayor apertura a los derechos sexuales de varios sectores y cambios notables. Algunos vinieron de la mano de la difusión, inmediatez y simultaneidad que permiten las redes sociales e internet, ya fortalecidas en 2018 pero sin presencia en el contexto de 2002. En esta ocasión, además, las sesiones se transmitían por televisión abierta, además de poder verse mediante *You Tube*.

En 2018, una senadora por Tucumán, Silvia Elías de Pérez (de la UCR provincial pero como parte de la coalición Cambiemos) convocó a una reunión en las puertas de la Casa Histórica, símbolo histórico de la provincia. Su rol de senadora continuaba en 2020, pero venía marcado por una anécdota previa.

Mientras se debatía el proyecto de IVE, expuso el biólogo Alberto Kornblihtt en una audiencia pública en el Senado, el 17 de julio de 2018. El experto fue citado en tanto Doctor en Ciencias Biológicas, docente de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA y autoridad en el ámbito de la biología molecular. Recordemos que uno de los nudos de discusión y disputa de los sectores conservadores es el comienzo de la vida humana, en tanto consideran que desde la fecundación existe vida, y que es lo que no debe atacarse bajo ningún punto de vista. El aborto o la finalización del embarazo antes de su terminación *natural* serían, entonces y según su lógica, simplemente un asesinato, ya que para estos sectores quedaría establecida la igualación entre vida humana y *status* de persona.

En esa fecha, Elías de Pérez era representante en el Senado por la provincia de Tucumán. En ese entonces Kornblihtt explicó:

En todas las partes del mundo en donde está permitido el aborto, existe lo que se llama *genetic counseling*: si se hace un diagnóstico prenatal y se sabe que el niño va a nacer con una enfermedad para la que no hay cura, se le da la posibilidad, se le informa a la madre o a la pareja que puede tener la posibilidad de interrumpir el embarazo (Video, *Diario Río Negro*, 18 de julio de 2018).

Elías de Pérez primero le consulta sobre si “está propiciando un uso eugenésico del aborto”, a lo que el biólogo le responde que no, pero la senadora, luego de sonreír, agrega:

“Pero está claro que si de pronto detectan que es un niño con Síndrome de Down...”. El intercambio, tenso sin dudas, continuó así:

-Yo no dije Síndrome de Down, dije enfermedad incurable. ¿Usted cree que el Síndrome de Down es una enfermedad? Por eso se llama síndrome..., agregó Kornblihtt.

-Bueno, a ver, pongamos una discapacidad, pongamos una discapacidad, respondió Elías de Pérez.

-Perdón, ¿usted cree que el Síndrome de Down es una enfermedad? Porque lo dijo usted, ¿eh?

-Está bien, le contestó la senadora.

-No, no está bien. Está mal, le respondió el científico (Video, *Diario Río Negro*, 18 de julio de 2018).

Finalmente, inclusive una persona que se encontraba presente acotó fuera del micrófono que la senadora no era médica, y Kornblihtt firmemente sentenció: “Yo tampoco”. Este diálogo, además de dejar una anécdota que puso en jaque a la senadora y convertirse en *meme*¹³, imprimirse en remeras y pancartas, expuso las fallas e ignorancias que recayeron sobre el proyecto de legalización del aborto en ese entonces, pero que resultan de gravedad cuando estamos ante representantes legislativos. Por otro lado, dejan al descubierto la tergiversación y el desvío que muchas veces realizan los sectores conservadores y de ultraderecha, al cambiar las palabras de sus interlocutores, modificar el contenido tendenciosamente o estigmatizando algunos conceptos como el género, el feminismo, entre muchos otros.

Además, cuando Elías de Pérez interviene oralmente en la sesión de votación de diciembre de 2020, hace mención a que la ley seguramente logre la mayoría de votos, porque probablemente el trabajo de correlación de fuerzas y alianzas necesarias sería de público conocimiento en ese ámbito. Agrega luego que “toda vida vale”, uno de los lemas insignia de los grupos religiosos y conservadores “pro vida”: “No hay que confundirse. ¡Este proyecto no trae nuevas libertades! ¡No las trae! Libertad de decidir... Tampoco trae nuevos derechos, presidenta. Lo que sí nos trae esta ley, lamentablemente, es la negación del acceso a la vida”

¹³ El *meme* es un tipo de contenido se difunde sobre todo por Internet. Puede ser una imagen, video o texto, o la combinación de varios, transmite de manera rápida un contenido compartido culturalmente. Por lo general su tono es humorístico, irónico o satírico, lo que transmite un mensaje o una idea de manera efectiva.

(Silvia Elías de Pérez. Diario de Sesiones, Cámara de Senadores. 29 y 30 de diciembre de 2020). Sobra decir que este inicio de su intervención está plagado de falacias, y que es desleal con el verdadero espíritu de la ley que se discutía.

Menciones similares a las de Elías son las de la senadora Inés Blas, del Frente de Todos por Catamarca, o Silvia Giacoppo, senadora por Jujuy de Juntos por el Cambio quien, además, sostiene no conocer “mujeres que estén privadas de su libertad por un aborto”. Este hecho es brutalmente inexacto como veremos en profundidad en el Capítulo 5 de esta tesis, aunque puede ser que ella no se haya tomado el tiempo de investigarlo, como se supone que es su deber. Pero lo que aparece una y otra vez en las intervenciones de quienes se oponen es la alusión a la vida desde la concepción, o que nuestra Constitución Nacional la protege y ampara. Entre las diversas oposiciones, una de las que se reitera es la presentación constante como un proyecto “inconstitucional” mientras citan un lenguaje jurídico y hasta de derecho internacional (Zurita, 2023). Otro de los senadores del Norte, en este caso de Chaco, hace explícita su religiosidad, lo que en muchas ocasiones podíamos inferir entre líneas:

Sé que es un tema sensible y que la religión está presente. En el mundo existen 2.000 millones de cristianos católicos y evangélicos, en tanto que en nuestro país el 90 por ciento de la población es católica o evangélica. Es este un pueblo que se manifiesta en base a sus creencias; y se manifiesta en defensa de la vida y de la justicia. Porque Dios tiene un proyecto de vida para cada uno de nosotros y nosotros tenemos que honrar la vida con un compromiso diario y permanente (Antonio Rodas. Diario de Sesiones, Cámara de Senadores. 29 y 30 de diciembre de 2020).

Esta intervención nos lleva a preguntarnos, ¿se da de suyo, como dice el senador, que la religión está presente? ¿O son los expositores que se oponen, en línea con sus posiciones también políticas, quienes la traen a colación? Lo que nos queda claro es que ninguna de las participaciones se da fuera de contexto o inocentemente, ya que aparecen como “formas estratégicas” (Vaggione et al., 2022), especialmente elegidas para tener impacto en los debates públicos y en los legales en defensa de un orden sexual y moral que consideran en peligro.

Se trata de representantes legislativos que responden ya sea a sus fuerzas políticas, mediante alianzas o negociaciones esperables con otros parlamentarios, o a las ideas y concepciones de los lugares a los que representan, de su población y de lo que piensan

quienes los votaron. Se trata de un escenario discursivo, en el que los y las oradores sobre todo “dan cuenta de las creencias que se encuentran activas y operan como discursos socialmente legitimados” (Noblia y Zangone, 2010, p. 199), y se presupone que son representantes de sectores de la sociedad y también de espacios políticos.

En los debates de 2020, la votación de la Cámara de Senadores finalizó con 38 votos a favor y 29 en contra, una abstención y cuatro ausentes. De los ausentes, se trataba en su mayoría de senadores del Norte: Carlos Menem y María Clara Vega, ambos de La Rioja y ambos por el Partido Justicialista; otro fue José Alperovich, también del Partido Justicialista, sobre quien justamente se votó si aceptar su licencia al comienzo de la sesión. La ausencia y el motivo por el que solicita este permiso es por encontrarse en investigación por nueve denuncias de abuso sexual a su sobrina, que era su secretaria. Finalmente a Alperovich se lo encuentra culpable y se lo condena a 16 años de prisión, de manera efectiva, y la inhabilitación a ocupar cargos públicos.

En la Cámara de Diputados la votación se realizó el 10 de diciembre de 2020, y finalmente fue de 131 afirmativos, 117 negativos, dos abstenciones y seis ausentes. En esta, una de las intervenciones más emotivas fue de una de las diputadas de la provincia de Salta por el Frente de Todos, Lía Caliva, que trajo a colación la ley de 2002 así como al movimiento de mujeres y a los feminismos argentinos que trazaron el camino para llegar hasta esa sanción, mención que revela la alianza entre las leyes y los movimientos sociales. Al margen de los diversos recursos retóricos que quedarán en el recuerdo y la memoria del movimiento, la diputada aludió a la llamada triple consigna, “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal, seguro y gratuito para no morir”, que proviene de la lucha impulsada y sostenida por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto.

Por otro lado, nos parece necesario ponderar el discurso de la diputada Hilda Aguirre, de La Rioja, también del Frente de Todos:

No son solamente cifras o números, se trata de personas, de niñas o adolescentes que terminan siendo víctimas de abortos clandestinos. Ellas tienen un nombre, una vida anterior y a muchas las conozco porque las vi nacer. Estoy hablando de la otra La Rioja, de la que nadie quiere hablar, de la que duele, y no puedo hacerme la distraída. (...) sostengo que esta realidad debe ser enfrentada no con la policía, sino con la salud pública responsable y con sentido realista.

Considero farisaica la actitud de aquellos que, de manera intransigente, defienden la vida embrionaria y no adoptan la misma actitud ante los miles de niños lanzados a la miseria, sin comida y sin cariño, deambulando por las calles de nuestras ciudades (Hilda Aguirre. Diario de Sesiones, Cámara de Diputados. 10 de diciembre de 2020).

Esta exposición creemos que combina las diferentes posiciones opositoras, que privilegian como vimos antes la vida desde la concepción, o al embrión por encima de la persona gestante y sus deseos, junto con una breve síntesis de la cruda realidad que se vive en muchas de las provincias: las niñas, las adolescentes, las mujeres abortaban clandestinamente, pero sobre todo estaban en peligro las más pobres.

Finalmente, respecto a la votación de los diputados tucumanos está el voto de Pablo Yedlin (del Partido Justicialista tucumano y del Frente de Todos), exministro de Salud de la provincia de Tucumán. A pesar de ser médico pediatra, estuvo en contacto con la realidad sanitaria de la provincia de entre los que estaban en el recinto. A él se suman los positivos de Mabel Carrizo, Carlos Cisneros y Mario Leito, representantes en su totalidad del Frente de Todos. Por las votaciones negativas de Tucumán aparecen Domingo Amaya (PRO Tucumán), Lidia Ascárate y José Cano (de la UCR), Beatriz Ávila (Partido por la Justicia Social pero alineada con el PRO y Cambiemos) y Gladys Medina del Frente de Todos. Con esta lista y estas caracterizaciones volvemos a completar el mapa de actores de trascendencia y figuras relevantes de la vida política de la provincia de Tucumán, en especial al momento de la discusión de una Ley tan importante como la de IVE.

3.2.3. Moralidades, obstaculizaciones y activismos *antiderechos*

Sostenemos que la postura que adoptan los grupos activistas neoconservadores es de *tipo reactivo* (Vaggione et al., 2022). En tanto la politización de la agenda pública y los reclamos de distintos aspectos de la sexualidad de la ciudadanía ingresan a la agenda política aparecen “formas estratégicas escogidas para impactar sobre los debates públicos y legales [y] son al menos en parte el resultado del antagonismo entre el neoconservadurismo y los movimientos a favor de los derechos sexuales y (no) reproductivos” (Vaggione et al., 2022, p. 17).

Ante los casos de usuarias del sistema público de salud cuyos derechos sexuales se vieron vulnerados cabe atender a la cuestión de la moral religiosa imperante, histórica y

fuertemente anclada en territorios subnacionales como el caso de la provincia de Tucumán. Tal como sostenemos en esta tesis, se trata de un territorio con una fuerte pregnancia de la religión católica en las decisiones civiles y políticas, lo que se reflejó en los casos que analizamos aquí y que nos permiten anclar en un análisis sobre la resistencia de los neoconservadurismos a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

En esta provincia aparecen fortalecidos grupos de activismos neoconservadores como un abanico que reúne a los movimientos antagonistas a los feminismos y a grupos LGBTTIQ+ y los tradicionales conservadurismos latinoamericanos, apegados fuertemente a la defensa de lo que consideran un orden natural y/o estable, la perpetuación de estructuras jerárquicas y la “moralización de la esfera pública” (Morán Faúndes y Vaggione, 2022, p. 78). La partícula “neo” indica que se trata de nuevas texturas a pesar de las claras continuidades con el pasado. Estos grupos, que se arman de estrategias nuevas, persisten en defender los componentes tradicionales del campo conservador (Morán Faúndes y Vaggione, 2022).

Así también aparecen estas “formas estratégicas” (Vaggione et al., 2022), especialmente elegidas para tener impacto en los debates públicos y en los legales, que resultan de un antagonismo entre los neoconservadurismos y los movimientos en defensa de los derechos sexuales y (no) reproductivos, como se analiza a continuación. Lo que mueve a estos actores es la idea de una concreta “amenaza contra la vida, la familia y la libertad” (Vaggione et al., 2022, p. 19), es decir, un orden moral que está en peligro inminente, razón por la cual no solamente disputan una serie de derechos, sino una concepción sobre el mundo.

Los grupos que aquí señalamos *antiderechos* son los que se autodenominan “Pro vida”, y forman parte del activismo neoconservador y religioso reaccionario a la ampliación y reconocimiento de derechos. Si bien debemos tener en cuenta que se trata de grupos de actores diversos, la religión continúa teniendo influencia en la creación y aplicación de políticas públicas en materia de sexualidad y estos grupos y ONGs llamadas “pro vida” se encolumnaron con las iglesias conservadoras, pero con acciones públicas y legitimidades no siempre idénticas a ellas (Morán Faúndes, 2015).

Durante la realización del trabajo de campo de esta tesis, solamente en una ocasión se presentó de esta manera una de las médicas ginecólogas entrevistadas, trabajadora de un CAPS de San Miguel de Tucumán, identificándose como “pro vida” sin que le hiciéramos ninguna pregunta al respecto ni sobre su posición específica acerca del aborto u otro tema polémico. Al iniciar la entrevista consultamos si podríamos grabar el audio de la misma, para

llevar registro de todo lo conversado y no perder los datos, pero se negó. Por lo tanto, registramos toda la conversación por escrito en el cuaderno de campo. Aunque nos concedió la entrevista sin problemas, fue la única entrevistada que no consintió la grabación.

Cuando le consultamos sobre el lugar que ocupa la salud sexual en su trabajo cotidiano, nos respondió que se hace de todo, y al enumerar las distintas prácticas propias del área agregó que ella no realiza interrupciones del embarazo: “Yo soy provida. No lo hago por convicciones personales”.

A partir de una de sus intervenciones puntuales: “Pero acá no ves pobres abortando (sic). No sé si es por un plan, no sé. Pero las pobres no quieren abortar. Vos ves que a la tarde¹⁴ vienen con carteras *Juanita Jo*¹⁵” (G4), surgió la pregunta sin planificar de si considera que la Ley de IVE 27.610 podría mejorarse y a continuación narró una situación de su vida personal. Citamos a continuación las notas de campo y en cursiva las palabras textuales de la entrevistada:

En este momento cuenta la experiencia de una amiga cercana. Conoce a su hija desde que nació y cuando llega a la adolescencia le ofrece ponerle el implante. La adolescente lo rechaza. Entonces le comenta todas las opciones anticonceptivas que posee a su alcance, le muestra todas (hace señas con las manos desplegadas en todo el escritorio). La adolescente aduce miedo al implante.

Finalmente, la joven queda embarazada con 16 años. Cuando su amiga se acerca a ella a comentarle, ella le responde: ‘No quiero que me cuentes más. Te pido por favor que no me hagas cómplice.’

“No entiendo cómo esto sucede, entonces.

Finalmente, abortó. La madre llorando por todos lados, hecha una piltrafa. Y la changuita como si nada. Mi amiga también es provida y tuvo que, perdoname por decirlo así, cagarle la vida a la hija. Y la hija como si nada. Y esto es lo que sucede. ¿Dónde está el problema? Entonces no es una cuestión de clase social.

Decían ‘la gente pobre se muere por abortar’. Mentira.

Igual, hay casos y casos, ya te digo.” (G4).

¹⁴ A la tarde atiende la Licenciada en Obstetricia que sí está de acuerdo con realizar IVE.

¹⁵ Marca argentina de moda que diseña y comercializa carteras, mochilas, billeteras, perfumes y otros productos pero a precios muy onerosos y prohibitivos para personas que no posean altos ingresos.

Si bien la médica, hacia el final, se muestra vacilante en sus opiniones, lo que el fragmento refleja es su intención de poner de relieve que las pobres no acuden a solicitar abortos, que eso sucede en las clases con capital económico, como ella señala. Se sorprende de cómo esto sucede, pero admite que, al menos hasta lo que ella relata, la joven protagonista no usaba métodos anticonceptivos, por lo tanto podemos suponer que sucedió un embarazo no intencional en la adolescencia. En su narración tampoco hay un reconocimiento de que, justamente, las mujeres pobres son quienes no tienen los medios económicos para acceder a abortos seguros, pero sí clandestinos, en tanto la IVE no fuera legal. No hace mención a que esas mujeres serían quienes se quedan fuera de las posibilidades de no sufrir por abortos inseguros y posibles complicaciones posteriores.

Por otro lado, su entrevista también nos hace pensar en que quizás las mujeres con ingresos, que probablemente posean cobertura privada de salud o al menos posibilidad de pagarla, acudan al sistema público por seguridad, confianza y tranquilidad, a causa de conocer que las redes allí sí funcionan y para asegurarse que práctica médica sí se va a concretar. Ciertamente esto puede haber recargado al sistema público de salud a partir de la legalización de la IVE.

Luego de que la médica ginecóloga nos narrara la situación antes citada, le consultamos sobre si considera que la ley de IVE se podría mejorar: “Es mejorable. Porque acá ves casos de muchas IVEs en una misma persona. Tendría que existir un límite, para que la persona busque anticoncepción de larga duración” (G4). Sin embargo, uno de los beneficios de contar con una práctica médica reconocida en el sistema sanitario y cubierta oficialmente es que la persona gestante pueda consultar luego, hacer el control post aborto y salir de la atención sanitaria con un método anticonceptivo. Unida a la LSSPR y a la ESI, las tres conforman un conjunto de acciones orientadas a la prevención del embarazo no buscado.

Por otro lado, y con respecto a las acciones en la esfera pública de estos grupos, encontramos acciones reactivas pero también de tipo ofensivas (Vaggione, 2022) en el ámbito provincial. Es de destacar que, si bien la Legislatura provincial no tuvo el tiempo necesario dentro de su agenda para la adhesión a la Ley 25.673, sí lo tuvo para rápidamente consensuar la declaración de Tucumán como “*provincia pro vida*”. En el año 2018, cuando se debate por primera vez la legalización del aborto, los y las legisladores locales aprobaron una resolución de declaración que lo establece, considerando como política de Estado “la defensa de la vida

desde el momento de la concepción en el vientre materno hasta su muerte natural”. Un titular periodístico indica: “Tucumán es la primera provincia argentina en ser declarada ‘pro vida’”, declaración aprobada prontamente, tan solo dos días antes de que el Senado de la Nación tratara el proyecto de la IVE, que ya tenía la aprobación de la cámara de Diputados. Otras ciudades como Concordia, San Salvador de Jujuy, Presidencia Roque Sáenz Peña y San Fernando del Valle de Catamarca hicieron lo mismo posteriormente.

Sobre la declaración, se puede explicar como un intento manifiesto, mediante “un instrumento retórico”, de mostrar cuál es la postura con respecto a la política pública de derechos sexuales y reproductivos (Rabbia, 2022, p. 123). A pesar de que este tipo de declaraciones no tiene un valor jurídico en sí, forma parte de estrategias políticas y discursivas de los neoconservadurismo para enviar un mensaje acorde a una moral sexual que restringe y se opone al reconocimiento de los derechos sexuales. Carecer de un peso legal o normativo de importancia no la vuelve del todo inocente, ni le quita que su objetivo sea deslegitimar los procesos legislativos y sociales existentes, así como ser potencialmente obstructiva de las políticas públicas de salud sexual (Rabbia, 2022). Es que el neoconservadurismo es más que un fenómeno religioso, ya que también es parte de la sociedad civil y de la política (Vaggione et al., 2022). Se muestra mediante nuevas estrategias de ocupación del espacio público y de disputa de la agenda política; de hecho, solamente cuatro de 43 legisladores y legisladoras votaron en contra de la declaración.

En el mencionado contexto podemos recoger otras acciones. Sumada a la convocatoria de Elías de Pérez a las puertas de la Casa Histórica, días después de la declaración citada se produjo en la capital provincial una movilización impulsada por organizaciones sociales unificadas bajo la consigna *#Salvemoslasdosvidas*. Se trató de una multitud que se reunió en la plaza principal, frente a la Casa de Gobierno local, hacia el Monumento en homenaje al Bicentenario de la Independencia, que está situado a escasos metros del Instituto de Maternidad y Ginecología.

La marcha fue encabezada por quienes eran el gobernador y el vicegobernador de la provincia¹⁶ contra la aprobación de la ley de aborto encabezando la columna de los denominados “pañuelos celestes”, símbolo de quienes se autodenominan “pro vida”. Cada

¹⁶ Se trata de Juan Manzur y Osvaldo Jaldo, respectivamente. Jaldo es el gobernador provincial desde el año 2023 y sostiene, a partir de esa fecha, una postura restrictiva y ha profundizado su oposición a los derechos sexuales y (no) reproductivos desde su mandato.

uno por su pareja, parecían querer mostrar la imagen de par “ideal” que para estos sectores conforma lo natural, normal y aceptado: el matrimonio heterosexual.

Otro factor importante a tener en cuenta es la conformación del peronismo local, al que tanto Manzur como su vice adscriben desde sus inicios en la militancia partidaria. Otra vez resulta llamativo como, dentro de dicho campo, se agrupan múltiples y muy diversas posturas, a veces contrapuestas, respecto a este tema en particular. Desde otra de las aristas del arco político tucumano estuvo presente el legislador Ricardo Bussi, hijo del genocida.

La marcha tuvo los característicos pañuelos celestes y banderas argentinas por doquier. Algunas de las consignas fueron: el conocido lema “*Salvemos las dos vidas*”; “*Médicos por la vida Tucumán*”; “*Argentinos por la vida*”; “*Dijimos no al aborto y #NoesNo*”. Esta última consigna refiere e ironiza las consignas de los movimientos feministas y contra la violencia de género, especialmente en lo que respecta a abusos y violaciones. Nuevamente podemos ver las contradicciones hacia adentro de los territorios y los distintos actores que conviven en un mismo escenario, en constante disputa por las ideas de sexualidad, de familia y de moral que deben seguir las personas y que cada grupo sostiene como válidas.

i. Nuevas reacciones a antiguas disputas

Vaggione (2005) denomina “secularismo estratégico” (p. 242) a las estrategias de incorporación de argumentaciones seculares en los discursos de algunos sectores religiosos conservadores. La mixtura entre lo religioso y lo secular, además de borrar las fronteras entre ambas dimensiones, ha transformado a estos actores facilitando su penetración en la esfera de lo político y su oposición desde ese lugar a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos (Morán Faúndes, 2012).

En este sentido, aparecen otras acciones en el espacio público como las “Marchas en contra de la ESI” en octubre de 2018, que también pueden ser pensadas como los “coletazos” reaccionarios al debate en el Congreso sobre la Ley de IVE y como tendientes a rechazar toda ampliación de derechos en la que esté involucrada la sexualidad de las personas. Fueron promovidas y encabezadas por colectivos conservadores como “Padres por el Derecho a decidir”, bajo el famoso lema “*Con mis hijos no te metas*”, pero no solamente se trataba de este grupo. El apoyo venía dado de la unidad con otros grupos similares, como Abogados por

la Vida, Movimiento Familiar Cristiano, Fundación Eco Vida, Médicos por la Vida, entre otros. La mención al flamante nuevo grupo de padres inevitablemente hace pensar en una de las banderas que levantó el feminismo cuando desde la perspectiva de derechos de la persona gestante reclamó el aborto como derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Así, como ya había sucedido con el pañuelo verde y el pañuelo celeste, se adoptan las modalidades de lucha de los movimientos de mujeres y feministas y tratan de inscribirse en el lenguaje de los derechos, para disputar sentidos y legitimidades, con objetivos totalmente opuestos, pero en el mismo escenario (Felitti, 2011).

Otros ejemplos de esto es el uso de consignas como “El aborto es un crimen de lesa humanidad” o, ante lo que consideran una amenaza encarnada en el matrimonio de personas del mismo sexo, lo contrarrestan con “el derecho de los niños a tener un padre y una madre” (Felitti, 2011, p.114).

Un portal señala “Tucumán ‘pro-vida’: marcharán contra la Educación Sexual Integral” (*El Diario de Tucumán*, 19 de octubre de 2018), mientras que otro titula lo sucedido posteriormente a la marcha como “Se realizó la marcha contra la ideología de género en Tucumán” (*LV7*, 28 de octubre de 2018). Estos son medios de comunicación dirigidos a la audiencia general, pero el portal específico llamado Agencia Informativa Católica Argentina tituló a la noticia como “Padres tucumanos exigieron una educación sexual en valores” (*AICA*, 11 de septiembre de 2018).

Como vemos, este grupo defiende intereses e ideas diametralmente opuestas a las que sostienen los activismos feministas y por los derechos sexuales. En la mayoría de los casos, entre ambas secciones no hay siquiera discusión o debate posible, ya que se discuten cuestiones diferentes: la justicia social y los derechos conquistados nada tienen que ver con el espacio privado de lo que pasa en cada familia, y a la vez sí. El propósito del activismo feminista es que cada quien, en los espacios en donde desarrolla su proyecto personal y sus relaciones interpersonales, lo haga de la mejor manera posible, en libertad y sin coacciones, discriminaciones ni violencias. Esa es la base del reconocimiento y la ampliación de derechos. Sin embargo, los grupos que se oponen a ello no tienen bases científicas ni legales sustentables, por lo que sostenemos que la argumentación no sucede en los mismos niveles ni bajo los mismos términos.

De todos modos, y en relación a lo que señalamos anteriormente con respecto a lo que sucede en la arena pública, nuestra sociedad en su constante emergencia de nuevos actores, temas y problemas, lo resuelve en procesos de interacción, de opinión pública y de acción colectiva. En este devenir es que existen los mundos sociales.

Coincidentemente con Brown (2017), Vaggione (2022) propone pensar que los tipos y temas abordados en las iniciativas parlamentarias nos permiten pensar en un activismo religioso conservador que no opera sólo reactivamente. Frente a los desafíos que en relación con la democratización de la sexualidad promueven los feminismos y los movimientos por la diversidad sexual, la posición del activismo religioso conservador va incrementándose hacia lo propositivo (Brown, 2017).

En 2020, por ejemplo, luego de la legalización del aborto, aparecen otras formas de politización (Vaggione, 2022). La Municipalidad de la localidad de Yerba Buena, una de las más importantes de la provincia en tanto su población tiene mayormente un alto poder adquisitivo y se concentran allí la mayoría de los barrios cerrados y countries de la provincia, declaró dos días de duelo y que la bandera argentina de todos los edificios públicos se mantenga a media asta. Algunos funcionarios de tal municipio, como el propio intendente, compartieron en sus redes sociales personales mensajes y posicionamientos en contra de la legalización, usando el característico color celeste que simboliza a este sector.

Otra convocatoria relatada por los medios de comunicación tuvo lugar en las afueras del Palacio de Tribunales, en la que las personas congregadas llevaba en sus manos un globo negro, color que representa el luto (*BAE Negocios*, 03 de enero de 2021).

En definitiva, todas estas acciones de parte de funcionarios del Estado y a cargo de instituciones que se suponen laicas refuerza un mensaje contrario al ritmo al que avanzan algunas de nuestras leyes nacionales. Estos distintos eventos que revisamos nos permiten acceder a las contradicciones profundas que se dan en este territorio provincial. Pero, además, nos hace pensar en las construcciones culturales que persisten y resisten cuando aparecen en escena la sexualidad, la planificación de la procreación propia y la decisión de no maternar de las personas.

Sin embargo, a nivel nacional, nos parece destacable que, según un estudio, las noticias fueron adquiriendo una posición más claramente a favor del derecho, con un descenso de la cantidad de notas con posicionamiento no explícito. En 2018, cuando se inició el debate

legislativo, los posicionamientos no explícitos representaban el 35% de los artículos publicados y para el 2021 solamente el 24% (Dulbecco et al., 2021).

El mismo estudio muestra que los artículos periodísticos favorables crecieron entre 2018 y 2021, de 40% a 54%. La tendencia se profundizó todavía más en medios como *La Gaceta de Tucumán* (de 19% a 53%), *el Diario de Chaco* (de 38% a 61%), *El Diario de la República de San Luis* (de 39% a 79%), y *El Chubut* (de 29% a 74%) (Dulbecco et al., 2021). Este dato nos parece de gran relevancia, ya que nos brinda más información sobre otro de los discursos que configuran ideas del mundo y colaboran ya sea a sedimentar nociones y estereotipos sobre las personas así como a modificarlas, como el periodístico. Aquí se desvela que la prensa a favor del derecho a la interrupción legal y voluntaria del embarazo acompañó el cambio social y reflejó lo que llamamos “despenalización social del aborto”, que luego puede verse reflejado en las leyes.

Conclusiones

En este capítulo analizamos lo que denominamos “el espacio donde se ubican las ideas”. Esas ideas se plasman y van develando nociones presentes en las leyes y normativas nacionales, que reflejan también lo que está sucediendo en las sociedades. Sin embargo, como vimos, tanto en el debate parlamentario y en los discursos en otras ocasiones por parte de diputados y senadores, los discursos jurídicos reflejan formas de pensar y concepciones de sociedad.

Entre las numerosas manifestaciones orales en el recinto, tanto de Diputados como en Senadores, las y los parlamentarios del NOA tuvieron momentos trascendentales y sus discursos nos permiten ver cómo permean los activismos, el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, la realidad de muchas de las mujeres argentinas y la existencia del aborto más allá de la ceguera de algunas legisladoras.

Ese paso también se ve en la evolución del propio tratamiento de la ley. Mientras que en 2018, luego de acalorados debates tanto en comisiones como en las votaciones finales, el proyecto salió de la Cámara de Diputados con media sanción (129 votos a favor, 125 en contra y una abstención) para ser rechazado luego en la cámara de senadores (38 votos en contra, 31 a favor y 2 abstenciones), en 2020 fue aprobado y se logró la tan esperada y

disputada Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Podemos ver que los afirmativos crecieron mientras que los negativos disminuyeron en ambos casos.

Pero, también parece haberse modificado la aprobación social, la despenalización en las calles, en las casas y en las plazas. Los datos de las noticias periodísticas también muestran el crecimiento de noticias favorables que acompañaron este cambio.

En suma, lo que nos interesó reflejar en este capítulo es como la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable representa el imprescindible primer espaldarazo para el reconocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos como responsabilidad del Estado, y que prepara el terreno para muchas que vendrán después. Los y las legisladores de Tucumán y del Norte intervinientes en ésta, como en la discusión sobre el aborto presentaron argumentos a favor o discursos que reflejaban posturas claras y concepciones del mundo por detrás, en coherencia con sectores políticos alineados con las iglesias y en defensa de un orden conservador y restrictivo para las sexualidades.

CAPÍTULO 4

Limitaciones y posibilidades de salud sexual y (no) reproductiva: la esfera local

*... el signo de los tiempos que corren parece ir en dirección
contraria: a la vez que aparecen nuevos derechos, los
mecanismos destinados a garantizar su universalidad se
deterioran con las condiciones de vida de las mayorías.*

Josefina Brown

El presente capítulo aborda las acciones concretas que actualizan los contenidos de leyes y normativas en salud sexual y (no) reproductiva (SSyNR) y por ello proponemos observar su materialización en dos sentidos: a través del análisis de las políticas públicas existentes y a través de las narrativas de los y las profesionales que son quienes las llevan a cabo.

Para el análisis seguimos a Bohoslavsky y Soprano (2010) al pensar al Estado como las prácticas cotidianas, los diversos ámbitos de interlocución, las contradicciones y las zonas grises que componen a todos los espacios de contactos sociales en los que forman parte quienes “son el Estado, quienes son su *rostro humano*” (P. 39). Lejos de personalizarlo en una sola entidad, lo entienden como un espacio en el que diversos actores se disputan el poder. El Estado resulta así un ámbito atravesado por ideas que muchas veces entran en choque y tensión, y el resultado de esas tensiones deriva en la creación de las políticas públicas con determinadas características (Ramacciotti, 2010).

Como sostiene Pozzio (2011), todas las políticas encierran una idea de género, de alguna u otra manera, ya sea implícita o explícita. Observar estas configuraciones implica incorporar una mirada que pueda dar cuenta del modo en que se construyen las diferencias existentes entre los géneros y la perpetuación de desigualdades también en lo discursivo. En el ámbito de la salud, ligado a la corporalidad, la reproducción, las nociones de bienestar-malestar y la sexualidad, “la implementación de la perspectiva de género es fundamental y necesaria en todos los órdenes: en la formación de las personas que trabajan en salud, en el espacio de las instituciones, en las modalidades de la atención de la salud, en el diseño de las políticas, etcétera” (Pozzio, 2021, p. 169).

La Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (LNSSyPR) permite inscribir a los derechos sexuales en los derechos universales a la salud, o sea que también en

los derechos humanos, y colabora a separar la reproducción de la sexualidad especialmente en el caso de las mujeres (Meng, 2006). En este capítulo nos centramos en el análisis de cómo este marco normativo se pone en práctica en los espacios subnacionales de Argentina con características particulares y complejas.

En este sentido, numerosas investigaciones se abocaron a analizar la poca injerencia del Estado nacional en las problemáticas sanitarias con la consecuencia de un mayor protagonismo adoptado por los estados provinciales, profundizado a partir de la década de 1950 en adelante (Ortiz Bergia, 2015). Como resultado de ello, se produjo una fragmentación y heterogeneidad del sistema público de salud, huellas que pueden observarse en el caso tucumano.

El Estado puede ser entendido también desde esa complejidad y desde la diversidad de actores que lo conforman, y es estudiable si observamos “las normas que lo configuran y determinan tanto como las personas que producen y actualizan sus prácticas cotidianas dentro de sus instituciones y en diálogo con esas normas” (Bohoslavsky y Soprano, 2010, p. 24). Por tanto, luego de observar las ideas que se formalizan desde el ámbito internacional, pasando por el Congreso de la Nación argentina, proponemos arribar al análisis de cómo se actualizan esos discursos y proclamas en políticas públicas y acciones concretas y la forma en que se llevan a cabo en Tucumán.

Como políticas públicas del ámbito específico de la salud sexual y (no) reproductiva pondremos el foco en el Programa provincial de Salud Sexual y Reproductiva del sistema público de salud, sus tareas y acciones, con atención a la IVE en tanto es una de las prácticas que se anexaron más recientemente a su órbita. Sin embargo, también atenderemos a la presencia del Plan ENIA en Tucumán, ya que trabajó de manera articulada y muy cerca del Programa de SSYR.

4. 1. Las políticas públicas: el Programa provincial de Salud Sexual y Reproductiva

El acercamiento al Programa provincial fue una de las actividades iniciales de esta tesis, ya que las preguntas de investigación partieron de saber cómo se aplicaba la SSyNR en la provincia. A partir de allí nos contactamos con una de sus trabajadoras y aprendimos más sobre el funcionamiento, surgimiento y organización del mismo. Empezar por reconocer este

campo fue fundamental para todas las entrevistas que vinieron a continuación, ya que pudimos acudir a los y las profesionales de la salud sexual con conocimientos previos e indagar cómo se vinculaban desde sus tareas y roles.

Como vimos en el Capítulo 3, cuando se sanciona la Ley nacional catorce provincias ya tenían normativas propias y la pionera había sido La Pampa, desde 1991. Luego, seguirán Córdoba (ley derogada), Chaco, Río Negro, Mendoza, Corrientes, Neuquén, Misiones, Jujuy, Chubut, la Ciudad de Buenos Aires, La Rioja (también derogada), Tierra del Fuego y Santa Fe. Posteriormente a la sanción de la ley nacional se suman mediante adhesiones La Rioja, Corrientes y Santa Cruz, o promulgan ley propia Entre Ríos, Buenos Aires, Córdoba, San Luis y Salta (Petracci y Ramos, 2006; Schuster y García Jurado, 2006).

Hasta 2024 la provincia de Tucumán continuaba siendo la única sin ley propia ni adhesión a la legislación nacional en salud sexual. Este fue uno de los primeros datos de esta investigación, en pos de preguntarnos sobre los modos en que se concretan las políticas públicas de salud sexual en la provincia, qué disputas están teniendo lugar para que tal adhesión no suceda y qué importancia tendría en caso de realizarse. Es así que comenzaron a aparecer diversos actores en escena, discursividades y materialidades que componen la gobernanza reproductiva (Morgan y Roberts, 2012) e inciden en distintos grados en las políticas de salud sexual existentes.

A pesar del dato mencionado, en Tucumán existe un Programa provincial de Salud Sexual y Reproductiva que nace en diciembre de 2001 por Resolución N° 1664 del SIPROSA, y desde 2011 posee un convenio interministerial entre la provincia y la Nación que se renueva automáticamente todos los años¹⁷. Los objetivos y las actividades del Programa tienen concordancia con lo expresado por la Ley nacional, por lo que trabajó siempre con los insumos que le brindaba el Ministerio de Salud de la Nación, pero su organización, trabajadores y gestión dependen de la órbita provincial.

Su primera directora fue la médica ginecóloga Adriana Álvarez, a cargo del programa local desde 2006 hasta que pasó a ser la Coordinadora del área en el Ministerio de Salud de la Nación, en 2013. Álvarez contó en la entrevista que recuerda las épocas en que no había anticonceptivos en el sistema de salud, ni se permitía colocar DIU¹⁸, cuando ella comenzó a

¹⁷ Información obtenida en entrevista realizada por Carla Mora Augier, 19 de febrero de 2019, Tucumán.

¹⁸ El Dispositivo Intrauterino es un método anticonceptivo de larga duración que requiere de un/a profesional de la salud para su colocación.

desempeñarse como trabajadora del sistema. En el 2004 se encontraba trabajando en el marco del Programa de Médicos Comunitarios —actualmente inexistente— en la localidad de San Pablo¹⁹, cuando junto a un sacerdote “progre” (sic) inició una experiencia de educación sexual integral en el colegio vecino al hospital de la zona. Directamente de ese cargo pasa a ocupar el de directora del Programa de Salud sexual y reproductiva de la provincia.

Luego, Álvarez fue convocada a coordinar el Programa nacional, de 2012 hasta 2015. Cuando trabajó en la órbita nacional lo hizo mientras Juan Manzur era el ministro de Salud de la Nación y hasta que asume Daniel Gollán en ese puesto. Durante su coordinación, la médica actualizó la Guía de ILE, creó la Guía “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”, que recién tuvo una actualización en 2020. Otras herramientas que se elaboraron durante su gestión fueron el documento “Métodos anticonceptivos: guía práctica para profesionales de la salud” de 2014 y la actualización de 2015 de la “Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles”.

Cuando Adriana Álvarez deja este cargo, en junio de 2015, regresa al sistema de salud de Tucumán, pero ya no lo hace como directora del Programa de SSyR, que ya tenía a la Dra. Viviana Guzmán a cargo, sino como médica de planta de un hospital. En ese contexto, el gobernador de la provincia ya era Manzur. En una entrevista realizada en marzo de 2019 le consultamos por su rol en los inicios del Programa provincial:

Llegaron los anticonceptivos de emergencia a Tucumán. Por supuesto fue el gran desborde: la iglesia empezó a atacar: “que no se iba a dar, que era abortivo”. Entonces salimos todos a mostrar el mecanismo de acción.

Los médicos no lo querían dar. Es hasta el día de hoy que el anticonceptivo de urgencia se vence. (...) eso fue más o menos 2005, 2006 que metimos el anticonceptivo y llegaron 400 cajas de anticonceptivos de emergencia. En ese momento había menos CAPS. (...) Empezamos a hacer capacitaciones; yo traje a Eugenia Trumper²⁰, que estuvo a cargo del programa en Ciudad de Buenos Aires. Ella me ayudó a capacitar en anticonceptivos, porque era diferente que yo diera lo

¹⁹ La localidad de San Pablo se ubica en el Departamento de Lules, aproximadamente a 13 kilómetros al sudoeste de la capital tucumana. El pueblo se forma, como muchos otros del NOA, alrededor de la actividad del ingenio azucarero San Pablo, que se instala precariamente cerca de 1832 y luego va creciendo en producción e importancia.

²⁰ Médica ginecóloga, fue la primera vicepresidenta de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción cuando fue fundada, en 1999. También fue docente de ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

que ella decía a mis propios colegas. Ese es el gran problema: la gran barrera que hay en recursos humanos y la gran barrera son los ginecólogos y obstetras.

En la entrevista referida le consultamos sobre los inicios del Programa, su inserción en el sistema de salud, que comenzó dependiendo de la División Materno-infancia y aún lo hace. El Programa principalmente pretende el aseguramiento universal de anticonceptivos en todos los efectores públicos y la capacitación al personal de salud. Otras tareas consisten en asegurar la hormonización a personas trans y la entrega de material para difusión en los establecimientos. Sin embargo, después de la ley de IVE al Programa se le incrementa la acción directa de aseguramiento de las interrupciones en la provincia, tarea a las que previamente se dedicaba en el contexto de las ILE, pero en mucha menor medida. Según el relato de una trabajadora de salud del programa, para 2019 se aseguraban 15 ó 20 ILEs al año en Tucumán. Luego se pasó a asegurar unas 4118 a inicios del 2022, con solo un año de reglamentada la ley de IVE.²¹

En nuestras primeras indagaciones para esta tesis, a inicios de 2019, los testimonios expresaban que estaba conformado solamente por tres trabajadores de la salud, pertenecientes al sistema de manera formal, de los cuales una era su directora, la Dra. Guzmán. En 2023, las entrevistadas confirmaron que el programa continuaba a cargo de tres personas solamente. Si bien no trabaja de manera asistencial, es decir que no atiende usuarias o personas consultantes, sí lo hace a través de sus efectores de salud, mediante la capacitación y aseguramiento de provisión de la canasta anticonceptiva y para interrupciones del embarazo.

El Programa se encuentra inserto en la división que organiza y coordina los programas provinciales existentes, denominada “Programa Integrado de Salud” (PRIS). Como dijimos, a su vez pertenece al *Departamento Materno Infanto Juvenil*, lo cual indica que sería considerado como parte de la salud de la madre y el niño o niña y que aún persiste la vinculación entre la sexualidad y la reproducción de la vida. Sin ir más lejos, los otros programas con los que comparte sección son: *Perinatal*, *Neonatal*, *Detección precoz y tratamiento de hipoacusias neonatales*, *Salud integral del adolescente*, *Lactancia materna*, *Crecimiento y desarrollo* y *Abordaje de nutrición*. En esta división, el único otro programa que contempla el concepto que analizamos aquí es el de Salud integral del adolescente, en

²¹ Entrevistas realizadas en febrero de 2019 y en enero de 2022 a la misma trabajadora. La entrevistada prefirió permanecer en el anonimato.

cuyos objetivos incorpora “Fomentar la Salud Sexual y Reproductiva, con perspectiva de género y énfasis en la prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH/SIDA”.

Si bien no es la única provincia del país cuyo programa se incluye en el área de materno-infancia, de este modo se une y hasta subsume la sexualidad en la reproducción. Pero salud sexual no es lo mismo que salud reproductiva, en tanto la reproducción es una de las áreas de la sexualidad de las personas, no la única (Meng, 2006; Pozzio, 2008). Así, ésta no es considerada como un paraguas más amplio que implica a todo el resto, ya que engloba los aspectos tanto biológicos como psicológicos, sociales, afectivos y éticos del ser humano y su relación con el entorno y su corporalidad, y es mucho más que la genitalidad y la posibilidad de procreación.

Llama la atención que en la descripción del Programa, disponible en la web del SIPROSA, se presenta a la salud sexual y reproductiva como “la posibilidad que tienen las personas de disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y a la posibilidad de decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos”. Esto implica promover que los y las ciudadanas elijan libremente si quieren tener hijos o no y el plan de vida que sea de su agrado. En el párrafo siguiente se incorpora una perspectiva de derechos y los ubica dentro del espectro de los derechos humanos, y a la salud sexual y reproductiva como “parte integral” de aquéllos. En conjunto, esta presentación promueve la autonomía de los sujetos a tomar las decisiones con respecto a su sexualidad, su vida y su cuerpo de manera más adecuada sin presiones ni coacción, tal como lo plantean los objetivos de la Ley nacional.

Otro aspecto destacable del Programa es el de incorporar el concepto de “diversidad sexual” en la Misión del Programa: “Somos un equipo de trabajo responsable y comprometido con la salud sexual y reproductiva de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, hombres, mujeres y población de la diversidad sexual.” Ésta abarca tres dimensiones: la orientación sexual, de acuerdo con la dirección erótico-afectiva del objeto amoroso; la identidad sexual, de acuerdo con la definición sexual que se adopta, y la expresión sexual, de acuerdo con las preferencias y los comportamientos sexuales que se elige (Careaga-Pérez, 2009).

En lo particular, la atención a la diversidad sexual implica, según nos informa una de las trabajadoras del programa entrevistadas, asegurar una de las garantías de la ley de identidad de género de nuestro país (vigente desde 2012), en lo que respecta al acceso de

personas que así lo solicitasen al tratamiento de hormonización²². Estas acciones no estaban contempladas en el texto de 2002 de la Ley nacional, pero sí se ampliaron con la complementación de otras leyes posteriores. En el caso tucumano, este procedimiento está concentrado en un solo consultorio, en uno de los hospitales centrales de alta complejidad, y es llevado a cabo por una sola médica ginecóloga.

Entre las tareas más importantes del Programa provincial está la de organizar la logística de los insumos para anticoncepción e IVE, asegurando que se encuentren en todos los efectores todos los métodos que se encuentran en Argentina en la canasta anticonceptiva:

- Anticonceptivo oral (pastillas).
- Anticonceptivo oral para lactancia.
- Anticonceptivo inyectable mensual y trimestral.
- Anticonceptivo de emergencia.
- Dispositivo Intrauterino (DIU).
- Sistema intrauterino de liberación hormonal (SIU)
- Preservativos masculinos.
- Test rápido de embarazo.
- Implante subdérmico anticonceptivo²³.

En las entrevistas a profesionales de la salud, en su totalidad coincidieron en que el abastecimiento de anticonceptivos estaba garantizado. Más adelante veremos la importancia que tuvo, a partir de 2019 en adelante, la implementación del Plan ENIA en Tucumán para cubrir a una gran parte de la población con implantes subdérmicos y la asistencia que brindó al Programa provincial.

A su vez, la Ley nacional también tiene como objetivo la prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y de patologías genitomamarias. En el caso tucumano, el área específica destinada al trabajo con enfermedades, la *Unidad Coordinadora y Ejecutora Provincial VIH/SIDA y ETS*, forma parte de la división “Enfermedades transmisibles” y está por fuera del Programa de Salud sexual y reproductiva. Nos parece que

²² Fundación Huésped la define como “una forma de adecuar el cuerpo a la identidad y género autopercebidos (desarrollando rasgos femeninos o masculinos según se desee y suprimiendo los del sexo asignado al nacer) mediante la administración de hormonas. Hay varias formas de llamarlos: tratamientos o terapias hormonales, hormonización o terapia hormonal cruzada”. <https://www.huesped.org.ar/informacion/poblacion-trans/hormonizacion/>

²³ Esta información se encuentra expuesta en la página web del Ministerio de Salud de Tucumán, Programa Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Fue tomada de manera literal de esa fuente y confirmada en las entrevistas a referentes provinciales. Última consulta: 16 de abril de 2024.

esto sigue respondiendo a que no se consideran a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH/sida como parte de la salud sexual, a pesar de aparecer en la Ley y de que uno de los métodos que asegura el Programa sea el preservativo peneano. De la misma manera quedan por fuera los programas de Prevención y Control del Cáncer de Mama y el de Control y Prevención del Cáncer de Cuello de Útero. Las acciones que el Estado provincial dice cumplir, al menos en la descripción en la página web, se refieren al trabajo por prevenir estas enfermedades, detectarlas y tratarlas, al mismo tiempo que, contradictoriamente, se las presenta como problemáticas por fuera de la salud sexual y (no) reproductiva.

Con respecto a la adhesión a la normativa nacional, en las entrevistas que realizamos se puede percibir un consenso acerca de esta ausencia, al considerar que se trata de un mensaje sobre la falta de voluntad política y la eventual falta de presupuestación. En lo legislativo se registra el ingreso de seis proyectos de ley por Mesa de Entradas de la Legislatura local, todos presentados por parlamentarias mujeres²⁴: tres de ellos refieren a la adhesión a la ley nacional²⁵; otros dos buscan concretar la presencia de Consejerías de Salud Sexual en los Hospitales públicos de manera estable y fija y, finalmente, uno intenta impulsar la adhesión al “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la ILE”.

En todos los proyectos presentados participaron legisladoras de filiación justicialista y todos los intentos que mencionamos fueron ingresados a partir de 2018. Si hubo anteriormente alguno, éste ya había sido enviado al archivo de la Legislatura y no pudimos acceder a consultarlo. Sin embargo, hasta 2024 la situación en lo legislativo no había cambiado.

En este marco es que diferentes organizaciones sociales y el activismo feminista de Tucumán reclaman la adhesión plena a las leyes existentes y el reconocimiento de todos los derechos sexuales y (no) reproductivos para niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes. Si bien a causa del federalismo en salud cada provincia tiene autonomía para aplicar las leyes nacionales, la demanda busca legitimar y construir ciudadanía sexual de manera equitativa, a la vez que sin duda permitiría posicionar el tema en la agenda política y pública.

²⁴ Información obtenida de la Dirección Parlamentaria de la Legislatura de Tucumán.

²⁵ En cinco de los seis proyectos participó la misma legisladora, del partido justicialista, Nancy Bulacio. Las otras legisladoras participantes de estas iniciativas también pertenecen al espacio del peronismo tucumano: Silvia Rojkés, Stella Maris Córdoba y Ángela Jiménez. Entre los dos hombres participantes de dos de los proyectos uno de ellos, Marcelo Fernando Valdez pertenecía a la UCR y Christian A. Rodríguez, era peronista y actualmente sigue siendo legislador (período 2023-2027).

4. 1. 1. La interrupción del embarazo

Si bien no realiza tareas asistenciales a la población, además de lo ya mencionado, es destacable que el Programa provincial tiene la tarea de recepcionar las solicitudes de IVE y coordinar, además, que un profesional de la salud realice la práctica, ya sea la indicación, información y entrega del Misoprostol, la droga que posibilita abortar, como otros procedimientos si fuera necesario (en casos de más de 24 semanas de gestación). Aquí aparece otro factor que es la organización del sistema de salud, y que escapa a las facultades estrictas del Programa, ya que no existen profesionales que aseguren IVEs en toda la provincia. Es decir, algunas zonas del territorio quedan “desprotegidas”. Es ahí cuando el Programa, por medio de sus trabajadoras médicas, debe procurar, mediante comunicación directa, que algún profesional realice la práctica, ya sea trasladándose hasta la zona o que la persona usuaria se dirija a otro efector que en ocasiones no está cerca de su domicilio. En síntesis, realiza una tarea de búsqueda, contacto y “puente” entre la usuaria y el o la médica que asegure la práctica.

En las entrevistas, la mayoría expresó la persistencia de médicos y médicas que se declaran objetores de conciencia, por lo que no entregan medicación ni atienden a la persona gestante que solicita una IVE. Sin embargo, en muchas ocasiones ha aparecido también la reflexión de que, con el avance de las discusiones políticas, sociales e incluso internas en los efectores, ese mismo personal médico cada vez “obstaculiza menos” esta práctica: si bien no la realiza, la deriva a otro u otra colega.

También hay unanimidad en que la información no está claramente expuesta, ni hay cartelera ni folletería al respecto. Asimismo, las entrevistadas relatan que los directores de hospitales no obstaculizan el derecho al aborto, pero tampoco promocionan la práctica en los lugares de atención; quienes lo dan a conocer son las mismas trabajadoras (pues en su amplia mayoría son mujeres). Lo que parece suceder en el territorio es el circuito “de boca en boca”: enterarse por conversaciones con conocidas o por indicaciones de personas que ya han abortado y conocen dónde concurrir, en qué institución pública no rechazarán su pedido y, en muchos casos, qué días de la semana concurrir y qué días no. Esto no sucede con la entrega de anticonceptivos, que sí se encuentran de manera accesible y generalizada en todos los CAPS y centros de segundo y tercer nivel de atención.

Por último, con respecto a lo asistencial existen solo dos servicios específicos, según hemos podido relevar, llamados “Consultorio de Salud Sexual”. En este caso sí son espacios de atención directa, llevados a cabo por profesionales de la salud especialistas en la temática, y se encuentran en dos espacios de gran tránsito poblacional: uno es en el Instituto de Maternidad y otro en el Hospital del Este²⁶.

Un médico ginecólogo a cargo de uno de esos consultorios desde el año 2016 comentó la importancia de contar con un servicio que sea multidisciplinario, y que para su impulso y sostén contaron con el apoyo de las profesionales del servicio de salud mental: “Empezamos a contar con profesionales, pero mira qué curioso, no médicos, porque estaban totalmente en contra, se declaraban objetores” (G10). Se trata de un consultorio que atiende demanda externa, con turnos por admisión y se pueden obtener para el turno matutino o para el vespertino. Atienden también licenciadas en obstetricia, profesión que “vino” al auxilio de la atención de la salud sexual y reproductiva ante la falta de profesionales ginecólogos, y dos médicos.

En los consultorios mencionados, y a partir de la ley de IVE de 2020, comenzó a funcionar allí lo que se denomina “Consejería por opción”. Se reciben las consultas de personas con capacidad de gestar que deseen saber qué opciones tienen, qué posibilidades existen para continuar o no con ese embarazo y se les brinda atención integral y multidisciplinaria.

4. 1. 2. “Tucumán tiene un porcentaje de embarazo adolescente que impresiona, impacta”. El Plan ENIA en Tucumán

Hasta el año 2023 funcionó de manera más o menos organizada el denominado Plan Nacional para la Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) en Tucumán. Era nacional, pero también estaba bajo la responsabilidad del Programa provincial debido a que éste era el articulante del área salud junto a otras dos instancias: el Ministerio de Educación y el de Desarrollo Social. Por este motivo, una persona del Programa provincial

²⁶ El Instituto de Maternidad y Ginecología “Nuestra Señora de las Mercedes” está ubicado en el centro de la capital tucumana. El Hospital del Este “Eva Perón” se encuentra en Banda del Río Salí que, si bien pertenece al Departamento Cruz Alta, forma parte del Gran San Miguel de Tucumán, y es una de las ciudades más pobladas de la provincia. En Anexos se adjuntan imágenes de ambos establecimientos y del trabajo de campo.

estaba en su representación y formaba parte de la mesa de enlace de ENIA. Otro Programa de salud que formaba parte de ENIA en Tucumán era el Programa de Salud Integral del Adolescente, perteneciente al PRIS. Para esta tesis entrevistamos a los responsables de su aplicación en la provincia que nos brindaron su testimonio en tanto informantes clave. La conversación estuvo guiada por las preocupaciones sobre las condiciones de implementación en Tucumán, para nada menores en lo que respecta a concretar una política pública.

El Plan ENIA nace en el año 2017, se instaura en el contexto del gobierno de Mauricio Macri y parte de discursos que toman como centro a la autonomía y a la reivindicación de los derechos de las juventudes (Rustoyburu, 2020). Adoptó como punto de partida que los embarazos de menores de 20 años en 2015 registraban a 111.699 niñas y adolescentes, y por ello es que nace como acción interministerial. Por otro lado, el diagnóstico de situación también arrojaba que seis de cada diez adolescentes abandonaban los estudios secundarios al quedar embarazadas (de León y Thourte, 2019). Estos indicadores son considerados como base para la inequidad social y, con el fin de erradicarlos, se convocó a los Ministerios de Salud, de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y de Desarrollo Social, y en 2017 contó con el apoyo técnico y financiero de UNICEF y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), gracias a lo cual se triplicó la disponibilidad del método de implante subdérmico. Esta fue la estrategia mayoritaria para priorizar el embarazo adolescente no intencional como problemática y la política luego se amplió al Programa Médico Obligatorio (PMO) en 2019, es decir, este método debía estar disponible de manera gratuita en el sistema público y en el subsector privado (Felitti et al., 2022).

Las áreas específicas involucradas fueron la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y el Programa Nacional de ESI, que llevaron a cabo acciones de prevención con un enfoque de géneros y basados en el marco normativo vigente en Argentina. Desde su inicio, ENIA se propuso poner especial consideración en el impacto diferencial que tiene el embarazo no intencional en las adolescencias, con un diseño e implementación de intervenciones, materiales y metodologías especialmente orientados a la experiencia particular que viven las y los adolescentes y su vínculo con las políticas de acceso a sus derechos sexuales y (no) reproductivos (de León y Thourte, 2019).

En Tucumán, hasta 2023 se trabajaba con algunas zonas llamadas priorizadas, que en el caso local eran los departamentos de Tañi Viejo, San Miguel de Tucumán y Cruz Alta, que arrojaban la tasa más alta de embarazo adolescente cuando se realizó el diagnóstico de situación, en 2017. Sumado a esto, se trata de las zonas más pobladas, con casi 1.200.000 habitantes entre los tres departamentos, pero, al momento de nuestra entrevista, el Plan contaba con 74 trabajadores y trabajadoras para cubrir tal trabajo territorial. Entre las problemáticas emergentes del Plan surge además del embarazo no intencional y embarazo a edades muy tempranas, el embarazo forzado, el abuso y violencia sexual y el abuso sexual en la infancia.

Sus trabajadores reconocieron que “más allá de todas esas adversidades, se han potenciado los pocos recursos que hay”, y esto explicaba las faltas que persistieron en la implementación y los logros obtenidos de todas maneras. También sostuvieron que había muchas diferencias entre las provincias “que son ENIA y las que no son ENIA”. Dicho en sus propias palabras y sostenido a través de los datos, la presencia del Plan ha colaborado a reducir el 55% de los embarazos no intencionales en la adolescencia y un 33% en la población en general en la provincia de Tucumán.

Sin embargo, otra de las cuestiones a remarcar es que el trabajo local de ENIA no parece haberse limitado solo a esos departamentos priorizados. Los entrevistados comentaron la colaboración con otras zonas y destacaron que en cuanto al Gran San Miguel de Tucumán, la realidad que atravesaban las zonas rurales y de alta montaña son muy diferentes, en tanto la percepción de los abusos sexuales suele ser silenciada y se presenta naturalizada. Por ejemplo, en el Departamento de Trancas, que tiene una gran extensión de terreno que es de montaña y que no recibe recursos ni capacitación con la misma fluidez con la que lo hacen las zonas más urbanizadas. En adición, los trabajadores y trabajadoras del Plan ENIA en muchos casos pusieron de sus propios recursos para trasladarse, además de que contaban con contratos precarizados, sin seguridad social y solamente bajo la figura del monotributo, todo esto sumado al cobro de sueldos de manera muy tardía:

Eric, informante clave ENIA 1: La verdad que laboralmente no estamos cuidados. Desde el punto de vista de la motivación o fomentar o valorar... es *como una gran militancia*.

Lisandro, informante clave ENIA 2: Sí, termina siendo voluntad. Los que nos quedamos, nos quedamos porque nos gusta el laburo, nos hemos dado cuenta

porque... (*duda*)

Eric: ...por el compromiso o por la temática. Pero llega un punto donde termina siendo insostenible. Nosotros casi siempre terminamos ganando menos que un empleado de comercio acá en Tucumán, con cargos de gestión.

E: Ustedes tienen profesiones de base...

Lisandro: [Yo] abogado, [él] psicólogo. La mayoría de ENIA son: mínimo terciarios, pero la mayoría son universitarios. Son perfiles con título de grado sin reconocimiento de ese título, del saber, de nada.

Una mención recurrente por parte de estos informantes fue el trabajo por voluntad o por militancia, porque la falta de reconocimiento económico era notable y las malas condiciones laborales terminaron minando las ganas y las energías. En su totalidad, quienes trabajaban como agentes territoriales de ENIA tenían otros trabajos para poder sostenerse económicamente. Esto lleva a preguntarse cómo se hace viable sostener políticas públicas de esta magnitud e importancia para la población, con impactos tan concretos en los y las adolescente, pero con trabajadores en tales condiciones.

Lisandro, informante clave ENIA 2: Ahí es donde yo digo que los números son hermosos para mostrarlos, pero a qué costo también. Por supuesto que me siento orgulloso de ser parte, pero no porque me hayan dado las mejores condiciones sino porque he encontrado un grupo de personas que tenía *ganas de laburar en eso...*

Eric, informante clave ENIA 1: (interrumpe) ...que vendría a ser por la militancia, lo que tampoco es justo.

Las posibilidades de continuidad y sostenimiento de ENIA en la provincia de Tucumán ya eran complicadas en 2023. Sin embargo, luego del triunfo de Javier Milei en las elecciones presidenciales, directamente se cortaron del todo. Se desmanteló el Plan a nivel nacional, descentrándolo y dejándolo librado a la administración de cada provincia. En el caso tucumano, a mediados de 2024 el Plan ENIA ya no existía, y algunos de sus trabajadores fueron absorbidos por el SIPROSA, especialmente quienes tenían profesiones vinculadas a la salud como Eric, que es psicólogo, pero no fue el caso de todos.

Durante su existencia, el resto de los y las trabajadores de la salud entrevistados para esta tesis en muchas ocasiones se refirieron a la tarea llevada a cabo por ENIA como modo de asegurar el método anticonceptivo del implante subdérmico a grandes grupos poblacionales de mujeres. En los hechos, diversos territorios recibieron jornadas semi-masivas de aplicación de implantes para jóvenes y adolescentes por agentes de ENIA, complementando una tarea que claramente no podía cubrir en solitario el sistema provincial de salud. Sin embargo, como sostienen Rustoyburu y Ariza (2022), estas mujeres jóvenes de sectores populares y sin otro acceso a cobertura de salud que dirigirse al sector público, se encuentran limitadas, “obligadas a obedecer a la racionalidad que prioriza los intereses de las políticas del Estado y el bienestar nacional” (P. 2). En las entrevistas no se cuestionaron la preponderancia del implante en sí como oferta casi exclusiva para las más jóvenes, pero sí veremos en el Capítulo 5 algunas inquietudes con respecto a la anticoncepción en general en las más jóvenes, de 12 y 13 años.

Algunas autoras califican como “reproducción estratificada” (Fonseca et al., 2021; Rustoyburu y Ariza, 2022), es decir, la existencia de oportunidades diferenciadas y, por lo tanto, inequitativas de gobernanza de su reproducción para las mujeres según a qué grupo social pertenezcan. En este caso, las mujeres que son objetivo del Plan ENIA durante los años en que se desarrolló pertenecían a grupos vulnerabilizados: de bajos ingresos, muy jóvenes, de barrios populares, muchas veces asentamientos informales, sin trabajo formal o sin completar la educación obligatoria, y en muchos casos con uno o dos hijos, lo que limita sus posibilidades de acceder a trabajos bien remunerados.

Esto se funda en que el propio Plan ENIA nace de la convergencia entre las agendas de las organizaciones internacionales, que buscaban controlar y hacer descender los altos índices de fertilidad adolescente de contextos pobres en toda Latinoamérica, con los proyectos políticos del momento en que nace (durante la presidencia de Mauricio Macri) caracterizado por la austeridad y los recortes de gastos concebidos como innecesarios en el Estado (Rustoyburu y Ariza, 2022).

4.2. Narrativas de las y los profesionales de la salud: el cuerpo del Estado

Al partir de la idea de que el Estado es un espacio heterogéneo, compuesto por distintos actores entre los cuales se encuentran los y las trabajadores de la salud pública, observamos

las instituciones que brindan la atención de salud, sus políticas y normativas, y nos enfocamos en este apartado en quienes realizan la tarea de la atención en SSyNR, entre los que podemos encontrar primeramente a médicos y médicas del área de la ginecología. Sin embargo, en los hechos, diversas prácticas son brindadas también por otras profesiones como psicólogas, licenciadas en obstetricia y médicas generalistas, en su mayoría mujeres. Resulta cotidiano que estas personas sean las que están poniendo no solamente “cara” al Estado, al decir de Bohoslavsky y Soprano, sino también el cuerpo: son quienes reciben la consulta sobre el acontecer de la salud sexual, reproductiva o no, de las personas. Un grupo de “sujetos dotados de autoridad estatal” (Gilligan, 2024) que lleva adelante todos los días la gestión de las políticas sanitarias y que desempeña un rol técnico y profesionalizado. Pero, también en los ámbitos administrativos es donde se desempeñan roles y se disputan espacios de poder, que muchas veces limitan la concreción de determinadas políticas sociales (Ramacciotti, 2010). Correr el foco del Estado como organización única y homogénea permite leer a quiénes “son” el Estado en determinado momento y lugar (Bohoslavsky y Soprano, 2010, P. 25).

En esta sección analizaremos las narrativas de los y las trabajadoras de centros de salud pública acerca de su rol y tareas cotidianas particularmente en la salud sexual y (no) reproductiva. La pregunta que nos guió en este análisis toma las reflexiones planteadas por Levitt y Merry (2009) sobre cómo son traducidos los conceptos globales sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde las esferas internacionales a las mujeres que son destinatarias de las políticas de salud sexual. A nivel mundial, los y las activistas funcionan como “agentes de vernacularización” (Rustoyburu y Ariza, 2022), llevando a términos cotidianos y comprensibles los derechos de las mujeres, de qué manera su salud está protegida por las leyes existentes y sus elecciones deben ser respetadas.

En este caso, los y las trabajadores de la salud son agentes de vernacularización local —en numerosas ocasiones también junto a las activistas del feminismo local, agrupaciones de base y barriales—, en tanto traductores de los derechos globales de las mujeres: la igualdad de género, la autonomía dentro de la pareja y los derechos de después de una separación, el empoderamiento de las mujeres, la violencia de género, la protección de los derechos referentes a su sexualidad, la interrupción de un embarazo, entre muchos otros. Esto se da en cada espacio local de maneras particulares, que se adaptan a las realidades de cada territorio, a las leyes de cada país y, en el caso que nos ocupa, a las políticas públicas existentes y a las posibilidades de acción de las y los tucumanos en el sistema de salud. Es decir, cuando los

derechos de las mujeres se conectan con cada espacio local, en palabras de Levitt y Merry (2009), “toman algo de los atributos sociales y de la ideología del lugar” (P. 446) a la vez que mantienen algo del espíritu original de esos derechos globalmente formulados.

En nuestro trabajo de campo, conversamos con profesionales de la salud sobre el lugar que ocupa la salud sexual, reproductiva y no reproductiva en sus tareas cotidianas, en sus espacios laborales y su relación con el Programa provincial. En específico, de alguna u otra manera atienden lo que se denomina la “salud integral de la mujer”, con preeminencia de la especialidad médica de tocoginecología²⁷. Este es un campo médico-clínico “amplio, denso y complejo, resultado de la yuxtaposición de diversos procesos y actores heterogéneos” (Mines Cuenya, 2021, p. 165) y nos parece que, precisamente, en Tucumán la profesión se desarrolla con aportes continuos de las demás.

El período de entrevistas abarca “un antes y un después” de la legalización del aborto, en palabras de una de las entrevistadas, por lo que ese factor es un elemento a analizar en las vivencias y desempeño laboral de las y los profesionales. En gran parte de las entrevistas hechas posteriormente a 2020 inclusive antes de preguntarlo surgió como tópico de conversación.

El diálogo inició consultándoles sobre su formación profesional, su desempeño laboral actual y su antigüedad en ese cargo. De nuestras 37 entrevistas, 14 fueron médicos y médicas: cinco de ellos eran médicos y médicas que en ese momento se encontraban trabajando en el sistema público, cinco exclusivamente en el subsistema privado y los y las cuatro restantes se desempeñaban en ambos o no lo explicitaron. En casi la totalidad de los casos, el paso del público a exclusivamente el privado era desconocido por esta investigadora, siempre debido a la renuncia por parte de la médica o médico. Decidimos proseguir con las conversaciones porque nos pareció interesante conocer los motivos de ese cambio.

También es necesario pensar en la vehiculización que representan los trabajadores asistenciales, ya que son ellos y ellas quienes llevan a las usuarias del sistema de salud no solo las políticas públicas locales, sino también las nacionales. Consideramos aquí a estos trabajadores como las personas que traducen, no solamente conocimientos técnicos y

²⁷ El Programa de la asignatura Ginecología de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires la define como la rama o especialidad de la medicina que se dedica a las habilidades clínicas y al estudio de las áreas relacionadas específicamente con la mujer y su salud sexual y reproductiva. Se encuentra disponible en: https://www.fmed.uba.ar/departamentos_y_catedras/departamento-de-tocoginecologia/materia-ginecologia

científicos propios de sus profesiones, sino también conceptos e ideas de salud y de sexualidad implicados en su forma de aprender y luego de reproducir lo aprendido.

Debemos considerar también el factor de la feminización en el sector salud, en todas sus profesiones. Si observamos especialmente la medicina, según los datos del Ministerio de Salud de la Nación [MinSal] (2023), y tomando como base los datos de 2020, en Tucumán existe un 52,92 % de profesionales médicas mujeres, mientras que un 47% son hombres. Si sumamos a este dato al personal de enfermería, el porcentaje de trabajadores de la salud de sexo femenino de la provincia asciende a un 66,54%. Hacemos referencia a estos datos ya que en las entrevistas realizadas esto se vio espejado: de un total de 31 trabajadores de la salud, 28 fueron mujeres y solamente tres, varones.

En particular, según la misma fuente de datos mencionada, la especialidad ginecología y tocoginecología, en este caso en el NOA —ya que no se encuentra discriminado por provincia— también está sobrerrepresentada por mujeres (MinSal, 2023).

La salud es un área en la que históricamente se acrecentó el proceso de feminización (Pozzio, 2019) dentro del gran campo de las ocupaciones asalariadas protagonizadas por mujeres. Diversas investigaciones demostraron la presencia mayoritaria de las mujeres para desempeñar determinados oficios o profesiones, a causa de la traslación de los atributos propios de la condición femenina a esas actividades laborales (Martin, et al., 2019). Esto fue así especialmente en los ámbitos educativos y sanitarios, en los cuales la identidad de género se equiparaba con la ocupación. Así, la mujer “ejercía una actividad asalariada propia de mujeres” (Martin, et al., 2019, p. 16). Por este motivo, en este apartado optamos por utilizar el femenino gramatical para generalizar y a la vez exponer lo sucedido en el trabajo de campo de esta tesis: la mayoría de quienes nos brindaron entrevistas fueron mujeres.

4. 2. 1. “Se trata de que todas las mujeres se vayan con métodos anticonceptivos del hospital”: la atención de la salud sexual y reproductiva

Luego de conocer el funcionamiento del Programa provincial fue importante saber cómo trabajan los y las profesionales con el mismo en su desempeño diario de la atención a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Por eso, una de las preguntas iniciales en las entrevistas fue acerca del lugar que ocupa la misma en su trabajo.

Una de las psicólogas entrevistadas, al preguntarle si tienen tiempo para la SSyNR dentro de sus tareas diarias, y teniendo en cuenta que trabaja en el Servicio de Perinatología y eran solo dos las profesionales psicólogas en 2023, ella contestó enfáticamente: “Nos hacemos el tiempo. Nosotros nos hacemos el tiempo (...)”. Aquí podemos comenzar a ver, como se profundizará más adelante, que mucha de la información sobre salud sexual y reproductiva o no reproductiva llega a las usuarias más por voluntad de las trabajadoras que por política de las instituciones o prioridades ministeriales.

El trabajo con las mujeres en los hospitales y en los CAPS está vinculado con su salud sexual desde el inicio. Desde los primeros controles prenatales, las trabajadoras entran en contacto con la persona gestante y conocen más sobre ese embarazo, si fue deseado o no, en qué circunstancias sucedió, qué método utilizaba previamente, entre otros datos. Cuando las profesionales entran en vínculo con la mujer en la circunstancia de un embarazo, se procura que, luego del evento obstétrico, tenga el asesoramiento correcto sobre las opciones anticonceptivas y que pueda irse con el método en la mano.

Una de las licenciadas en obstetricia del *Instituto de Maternidad*, entrevistada en el contexto de la atención del *Consultorio de Salud Sexual* existente en dicho hospital, agregó más información sobre cómo se trabajaba antes y cómo se trabaja *ahora*: “Antes es como que llegaba la paciente a control prenatal y vos ya dabas por hecho que era un embarazo que estaba buscando. Actualmente no. Se pregunta si el embarazo ha sido buscado o no; qué es lo que quiere hacer en el caso, si va a desear o no continuar con el embarazo... **(LO3-2023)**”. Partimos del reconocimiento de que existen opciones, y observamos en estas entrevistas la importancia de que dichas opciones estén al alcance de las usuarias del sistema.

Ahora bien, queda la pregunta sobre qué sucede efectivamente en el momento de la consulta, ya que desconocemos si realmente se les ofrece todas las opciones anticonceptivas existentes, por ejemplo. Además, en muchas ocasiones puede que en el sistema público, justamente, no haya suministro de todas y en ese caso la usuaria queda sujeta a lo disponible.

4. 2. 1. 1. “Llevar la consejería al barrio”: una experiencia en el territorio

Una de nuestras entrevistadas es psicóloga y entonces se desempeñaba, al momento de nuestra primera entrevista, como Directora del Servicio de Salud de un Centro Integrador

Comunitario²⁸ (CIC), Los Jacarandás²⁹. Al consultarle por su vínculo con el Programa provincial y el trabajo de su CAPS —centro de atención de la salud inserto dentro del CIC— conocimos una experiencia comunitaria de mucha trascendencia y que por detrás tenía un gran trabajo impulsado por sus trabajadoras.

Ubicado en una zona que cubre tres barrios y dos asentamientos semiformales/informales, tiene una cobertura de 9989 habitantes y por el CAPS pasan entre 800 y 850 mujeres entre niñas, adolescentes y adultas para distintos tipos de consultas. Al menos hasta el año 2019, nuestras informantes nos explicaron que poseían servicios de pediatría, ginecología, medicina clínica, odontología, psicología, enfermería y farmacia, además de contar con agentes sociosanitarios.

Con respecto a la salud sexual, en el CIC Los Jacarandás se lleva a cabo una experiencia territorial desde 2016 denominada “Las Consejerías”, que se corresponde con Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Las mismas consisten en talleres, charlas grupales, entrevistas individuales, actividades deportivas, lúdicas, fechas importantes en el calendario sanitario, etc., en las que se procura generar identificación y referencia de la comunidad que lo circunda con el CAPS:

Ps2-2021: La Consejería específicamente es algo que nosotros empezamos a trabajar hace por lo menos cinco años, no tanto, a través de espacios más que nada grupales. Hemos empezado por la escuela primaria que tenemos al lado [señala por la ventana]. Nosotros no tenemos escuela secundaria en la zona (...).

Nosotros tenemos un equipo muy especial, no es lo que pasa en todos los servicios. Yo creo que eso también es importante que vos lo tengas en cuenta porque nosotros tenemos un trabajo muy específico y muy importante que no está visibilizado, vaya uno a saber por qué. No está defendido, no está cuidado, no está tomado, para, justamente, no mostrarlo, pero sí para poder replicarlo al modelo.

E: ¿Vos te referís al trabajo de Consejerías en SS?

²⁸ Los CIC son espacios públicos de gestión tripartita: el gobierno nacional es el que lo crea; el provincial administra los servicios existentes y el local (municipal). Están orientados a unificar los tres niveles del Estado y que estén representadas tres áreas de trabajo territorial: salud, educación y desarrollo social. El área de salud está representada, en el caso que nos importa, a través de un CAPS.

²⁹ Modificamos el nombre verdadero del Centro Integrador para preservar la identidad de sus trabajadoras. *Los Jacarandás* es un nombre de fantasía.

Ps2-2021: Yo me refiero al trabajo con adolescentes y al trabajo que después se decanta de eso que es el trabajo de la Consejería de SS, que después abarca más que los adolescentes. Nosotros tenemos en Consejerías mujeres de 23, de 25, de 30, o sea, no estamos solamente con adolescentes.

La definición técnica de las consejerías precisa que se trata de espacios de asesoramiento personalizado, orientados por las necesidades de las personas que consultan sobre temas vinculados a la sexualidad, un encuentro entre el equipo de salud y las usuarias, con el fin de fortalecer la autonomía para que tomen decisiones de la manera más informada posible. Se conciben como privadas, donde la intimidad y la confidencialidad son fundamentales y permiten atender cuestiones que exceden a la enfermedad, por lo que también permiten la promoción y la educación para la salud en un sentido amplio. Al estar insertas en un modelo de atención de salud que concibe a las personas como capaces de tomar sus propias decisiones, permite acercar el ejercicio de la sexualidad y del cuidado de su cuerpo y todos los conceptos y conocimientos ligados a ello así como su función reproductiva con las personas que consultan (Leone et al., 2018).

En este caso, comenzaron como talleres para jóvenes de 10 a 12 años de la escuela. Luego, como explica su exdirectora, al funcionar de manera constante permitieron generar una identificación con el CIC, porque la comunidad ya conocía el trabajo que se realizaba allí. El objetivo buscado es que, debido a que el servicio está instalado en determinada comunidad y que se espera que pasen las personas en las distintas etapas de su vida, al realizar las Consejerías con los y las adolescentes posibilite que luego, al necesitar atención específica de algún aspecto de su salud sexual posteriormente, regresen al servicio.

Durante la pandemia por Coronavirus a partir de 2020, se mantuvieron de manera individual, priorizando la entrega de anticonceptivos, aunque con mucha dificultad, por lo que se percibía mucho descontento y fastidio por la falta de insumos, de personal sanitario y de distribución de los recursos.

E: ¿Y la consejería, es solamente con psicólogas o puede ser otro profesional?

Ps2-2021: No, no necesariamente. Sí está concentrado en nosotras, pero algunas chicas que no pueden, que a veces por el horario, no es un requisito obligatorio, eso también es importante.

Agente sociosanitaria-2021: Se flexibiliza: a veces lo hago yo, o lo hace la técnica de ENIA.

Ps2-2021: O la ginecóloga, o la técnica de ENIA, a veces nos colabora. Eso hemos logrado también. Todo lo que te estoy contando *es un trabajo a pulmón*, de que yo levanto mi teléfono y yo lo pido. No es el Sistema el que está ofreciéndomelo o el que está facilitando. Yo me ocupo, porque tengo esta demanda, de que alguien venga a responder porque sino... No es que acá va de suyo y vos tenés todo lo que la gente te está pidiendo que hagas.

Según los datos aportados por las entrevistadas del CIC, la consulta de la población adolescente varió de un 2% del total de todo el servicio, a un incremento de un 18% en el año 2022. Además, en el contexto de la pandemia por COVID-19 se sostuvo la consulta de SSyNR como una de las atenciones prioritarias entre las consultas presenciales.

Otra de nuestras entrevistadas, también psicóloga y parte del servicio de salud del CIC, en 2023 nos comentaba que el trabajo se siguió realizando, a pesar de haberse modificado a lo largo de tantos años de sostenerlo. Según la profesional, nació como inquietud interna a causa de dos motivos: por un lado, debido al aumento de los embarazos adolescentes; por el otro, para visibilizar las diferentes temáticas de la salud de las mujeres. Allí sumó la importancia de la participación de las agentes del Plan ENIA, que son quienes acudían a “llenar los vacíos” que el programa provincial no podía cubrir.

En el caso de este CIC, en cada visita que hicimos, y mientras la pandemia por Coronavirus lo permitía, entablamos conversación con su personal. Allí conocimos en diversas instancias a las Residentes en Psicología que estaban realizando una estancia temporal por el servicio —rotación de 6 meses—, a su agente sociosanitario y a una de sus licenciadas en obstetricia. Al consultar en 2023, vía *Whatsapp*, con la profesional que era la directora, para conocer la situación del CIC y cómo proseguía el trabajo realizado, nos comunicó que había renunciado al sistema de salud y se encontraba trabajando en otra área del Estado provincial, por mejoras en las condiciones de trabajo. De hecho, en 2021, en nuestra segunda entrevista en profundidad, ya nos había comentado que había renunciado a la Jefatura del CAPS “porque yo la remo en dulce de leche, le digo a la ginecóloga. La verdad, yo lo que veo es que... es por eso por lo que yo termino renunciando (**Ps2-2021**).”

“La Consejería es para todo”, expresó, desde otra institución de salud de segundo nivel, una trabajadora social que ahondó un poco más en la fortaleza de transformar algunas entrevistas con las usuarias y capitalizarlas en algo positivo:

E: ¿Hacés consejería?

TS1: Nosotros hacemos la consejería. Yo hago siempre, cualquier consejería, la de anticoncepción, la de IVE, la de lactancia. Todas. Porque en la escucha... Nosotros hemos transformado esa entrevista de la autorización para el egreso, la hemos transformado en una entrevista de alta de los pacientes pero más de escucha y de consejería. Una más o menos está preparada para todo, pero uno habla de lo que los pacientes traen en ese momento; capaz que viene angustiada porque no puede dar la teta, hacemos algo en la Consejería, reforzamos lo que ya trabajan las enfermeras de lactancia, las acompañamos de vuelta. O sea, la Consejería es crucial para todo, para las que quieren interrumpir y para la que está viendo cómo hacer.

Las posibilidades del espacio de la consejería pueden ir más allá de la conversación sobre métodos anticonceptivos y, según este testimonio, precisan de tiempo y de apertura a la escucha. Esta experiencia se suma a la de las trabajadoras de los Consultorios de SSyNR, que también destacan la importancia de espacios de estas características, en los cuales poder destinar el espacio a la persona que acude y que, en muchas ocasiones, se presenta sin tener en claro cuál será el camino a tomar.

4. 2. 2. “Con miedo, siempre con miedo”: antes y después de la ley de IVE

Esta tesis atraviesa el proceso de antes y después de que se legalice en Argentina una práctica que ya venía realizándose: la interrupción voluntaria del embarazo. Previamente describimos las acciones que tiene a su cargo el Programa provincial para que esta prestación médica se concrete, tanto antes como después de la ley. Sin embargo, quienes también vivieron en carne propia estos cambios culturales y sociales fueron los y las profesionales de la salud.

Una de las entrevistadas fue una médica ginecóloga que trabajaba en el sistema público y al momento de entrevistarla ya no lo hacía más. Al consultarle sobre las transformaciones o cambios desde la Ley de IVE usó la expresión “un antes y un después”. Explícitamente

también se refirió a la palabra *miedo* para invocar lo que sentía antes de la legalización. Sin embargo, también en ese entonces acompañaba a sus pacientes en la medida de sus posibilidades. Para ella, el derecho de la paciente estaba por encima, aún tratándose de un contexto de ausencia de ley:

G5-2023: En cuanto a cuando me han solicitado la interrupción del embarazo, todo un tema desde antes de la ley a ahora. Antes de la ley yo obviamente que *temblaba* siempre, al tener una postura ni a favor ni en contra, en realidad, si me lo solicitaba a la paciente tenía una postura que era un derecho de ella hasta antes de la ley, y hacía todo lo que estaba a mi alcance para que puedan, la verdad, sí, que puedan llegar a hacerlo, con el miedo de decir “estoy haciendo algo ilegal”.

Es interesante analizar esta narrativa, porque al mismo tiempo que sabe que no existía un marco normativo aún, denomina a la solicitud de su paciente como “un derecho”. Interpretamos esto como una referencia a la llamada causal salud de la ILE, que estaba contemplada: “Si está en peligro la vida o la salud de la persona gestante”.

Sin embargo, el testimonio es bastante claro en cuanto a lo que sentía: “*Con miedo*, siempre *con miedo*. Hasta llegué a pasar mi teléfono y que después me llamen llorando y eso, imagínate yo estaba en formación, la verdad que ha sido muy arriesgado. Eso sí hice” (G5-2023). Una médica general, que se desempeñaba en una guardia de un hospital zonal y también trabaja en zonas de Alta Montaña, destaca el trabajo minucioso que hubo que hacer para que las usuarias llegasen a ella mientras era la única efectora en toda el área de cobertura de su hospital:

M1-2023: Sí. En ese momento yo era la única. Entonces los chicos venían y me decían. La admisionista venía y me decía: “Doctora, hay una paciente que la busca. No me quiso decir para qué, pero dice que quiere hablar con usted”. Yo ya me imaginaba qué era, y por ahí tenía ya *el mensajito* que me decía que iban a venir. Y bueno, en ese momento a mí me daban las pastillas, tenía que tenerlas en la mochila y dárselas a las chicas. O sea, era *muy bajo poncho, muy artesanal*.

Ese “mensajito” al que hace referencia es un mensaje enviado por el Programa provincial, que tiene a su disposición un número de celular. Según arrojan las entrevistas, las usuarias interesadas en realizarse una IVE/ILE pueden comunicarse y allí se las derivará a un efector o efectora que asegure la práctica, dependiendo de la zona de la provincia en que se

encuentran y sus posibilidades de trasladarse. Sin embargo, ese número no está expuesto públicamente con información ligada a interrupciones de embarazos, no en los establecimientos a los que hemos concurrido a hacer observaciones, y tampoco en otros, según las entrevistadas. Entendemos que ese número es brindado una vez que la usuaria llega al centro sanitario, y según disponibilidad de profesionales en el momento o no, se les brinda el teléfono para que ella misma inicie la gestión.

La falta de publicidad podría deberse a que se abriría el espacio para que la avanzada de ultraderecha y militantes antiderechos lo utilizaran para canalizar insultos y violencia. Sin embargo, para quienes realmente lo necesiten, este dato se encuentra fuera de su conocimiento.

Las personas que sí se comunican son asesoradas e informadas. De ahí que a la médica **M1** le llegase un mensaje, en el cual se le indicaba que una persona interesada en una IVE concurriría a buscarla. Sin embargo, luego de esto la dirección del hospital accedió a “blanquear la situación”, según sus palabras, con la incorporación de que ya se podría dejar plasmado esto en la Historia Clínica de la paciente. Debemos recordar que esta situación de llevar las pastillas en su mochila personal sucedió después de legalizado el aborto.

Una de las psicólogas del CIC Los Jacarandás nos explicó cómo se vivió este proceso en su centro asistencial, en el que reconoce que a partir de la sanción de la ley recibieron más solicitudes: “...aunque ya recibíamos antes pero muy esporádicas, llegaban como de una manera *muy solapada* este tipo de consultas” (**PS4**). Gracias a este testimonio podemos pensar en los cambios sociales y culturales que la legalización de esta práctica conlleva, ya que sin duda hace que el espacio de atención primaria sea habilitante, que las personas se acerquen a sus centros de atención y que consulten sobre ello. Si bien no fue instantáneo, lo que antes permanecía en el ámbito del secreto, la oscuridad y la penalización social y jurídica, pudo salir del espacio clandestino para pasar a ser una práctica reconocida.

4. 2. 3. “Bueno, acá las que se tienen que hacer se las hace”. Interrupciones del embarazo previamente a su legalización

Las experiencias previas a la legalización del aborto, contexto en el que iniciamos esta investigación, fueron muy valiosas como venimos anticipando. En este momento se trabajaba sobre todo con el marco y la estrategia de las ILE.

Con respecto a estas posibilidades, aparece en la práctica la llamada “causal salud” como herramienta para poder asegurar interrupciones tomando una concepción integral y amplia de salud que considera que un embarazo no deseado, una maternidad no elegida y un evento de tal envergadura fuera de los planes de vida de la persona gestante pueden alterar su salud mental, emocional e incluso social, no solamente la física. De hecho, el Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo explica y amplía esta concepción y agrega que “una interpretación adecuada de la causal salud supone entender, además, su vinculación con los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos.” (MinSal, 2019, P. 15).

La primera médica ginecóloga entrevistada trabajaba en uno de los hospitales polivalentes más grandes de la provincia al momento de la conversación: “Bueno, acá las que se tienen que hacer se las hace.” Es así que supimos que no solamente se estaban realizando interrupciones en el Instituto de Maternidad, por lo que expresó: “Sí. Yo también hago acá, cuando llegan pacientes así con ILE, sí. Lo que pasa es que no hay que hacer kilombo”. Esto último parece ser en referencia a una práctica en el marco de seguridad que brinda un hospital, enmarcada en la atención sanitaria, pero sin la exposición mediática y la judicialización que sí transitó un caso como el de la niña Lucía de 11 años, como veremos en el próximo capítulo.

Entre las experiencias observadas, una de ellas destaca especialmente para este estudio. Se trata de una médica ginecóloga que trabajó en el Instituto de Maternidad y fue entrevistada en 2019, sin conocernos previamente. Luego, en 2023, vimos la oportunidad de repetir la conversación para conocer las sensaciones y experiencias vividas por la legalización.

Como ya detallamos, la Maternidad es el centro regional de referencia en partos, post partos y atención de las mujeres con gran prestigio. La experiencia de quienes se desempeñan ahí, ya sea en su formación en la carrera de Medicina de la UNT como en sus Residencias, desvela que adquieren gran práctica y ven todo tipo de casos por ser un centro emblema en estas temáticas para la provincia e incluso provincias vecinas.

En 2019, la ginecóloga nos decía que en esa institución eran todos objetores de conciencia, excepto otra médica y ella. El problema en ese contexto, especialmente con las ILE de gestaciones más avanzadas, es que si acudían por la Guardia de la Maternidad, la práctica se limitaba solamente a los días lunes.

E: Y aun con ILE, ¿son objetores de conciencia aún en caso de una violación?

G2-2019: Sí. Solo se puede hacer un día en la guardia, el día donde la persona que está de guardia no es objetora. Antes era mi día, *el lunes*, y ahora continúa ella también *el lunes*. Entonces nosotros tenemos que preparar a la paciente que tiene un embarazo avanzado, para que se finalice el lunes, hasta las 20. No puede pasar de las 20, porque los que llegan son objetores.

Esta situación luego de 2020 debería haber cesado, ya que nos describe cómo eran las cosas *antes*. Por la presencia de las dos médicas no objetoras, las interrupciones sí se realizaban y estaban enmarcadas en la legalidad y la institucionalidad, aunque sin dejar de sortear algunos obstáculos. Uno de ellos es la cuestión temporal: en ausencia de estas médicas por licencias o vacaciones, la práctica se veía dificultada. Era necesario que los canales de información estuvieran bien aceptados para poder transmitirle a la persona gestante cuándo y cómo seguir con el tratamiento: “Ahora sí, ya no tenemos que luchar con eso, si no lo aceptan, solo se les informa y nosotros preparamos a la paciente. La paciente llega el lunes por la mañana y se da curso ahí, pero bueno no es tan fácil” (G2-2019).

Estas situaciones se enmarcan en lo que se conceptualiza como *política difusa* (Fernández Vázquez, 2017), así como *legitimidad difusa* (Szulik y Zamberlin, 2020), en tanto ciertamente existen acciones por parte del Estado, ya sea en su nivel nacional, provincial o municipal, que tienden a reducir riesgos y daños como los que provocan la morbilidad y mortalidad de las personas gestantes a causa de abortos inseguros y caseros. Sin embargo, como inferimos del trabajo de campo, coincide con que “estas acciones no se producen de un modo planificado, sino que son fruto de la iniciativa de los/las profesionales de la salud” (Fernández Vázquez, 2017, P. 94). No están difundidas ni explicitadas las formas o condiciones de la práctica en la sociedad. En el caso de nuestra investigación, observamos que se trata de acciones “desde abajo”, concretadas por los y las trabajadores de la salud, en vínculo con la militancia y los movimientos feministas, para asegurar un cuidado sanitario a resguardo de las peligrosas implicaciones de la clandestinidad del aborto provocado.

En agosto de 2023, en la segunda entrevista, la misma médica recordó esas épocas previas a la ley y narró lo que algunas entrevistadas llaman *el tránsito* de la ILE: pasar del secreto a la realización de la práctica.

G2-2023: Bueno, empezó como a moverse todo, empecé a conocer una realidad que yo desconocía porque si bien yo estaba en el Hospital, me dedicaba a la

atención de mujeres, esto siempre ha estado relegado, tanto en el hospital como en otros lugares, ¿no? Entonces empecé a conocer gente, empecé a conocer el Socorro Rosa, que yo no tenía idea lo que era, *es como que me han sacado una venda de los ojos*.

Por un lado, su testimonio sobre cómo era el trabajo previamente a la legalización da cuenta de los lazos que se trazaron entre la militancia y las profesionales de la salud para asegurar abortos seguros. Analizado desde la perspectiva y el relato de usuarias, Szulik y Zamberlin (2020) explican que “cuando la legalidad se instala, los temores desaparecen, y la experiencia se dignifica” (P. 57). Sin embargo, el desconocimiento de esa legalidad no solamente afecta a las personas que necesitan, sino también a las profesionales.

Por otro lado, muestra la poca formación con la que médicos y médicas ingresaban al trabajo en las instituciones sanitarias, falencia que aún no se ha revertido en las carreras de Medicina de Tucumán y que, en la mayoría de los casos, se compensa con el aprendizaje en la práctica o los vínculos con otras áreas o inclusive por inquietud propia del profesional.

G2-2023: Y también ha ido cambiando la forma de asistirlas, porque primero yo me lo he tomado muy personal, extremadamente personal. Eso ha sido un poco un error mío. Y sí puedo hacerlo ya desde ahora, analizarlo, porque yo me lo he tomado muy a pecho. *Le he puesto demasiado el cuerpo*: físicamente iba yo a resolver todas las situaciones, en horarios que no me correspondía, en días que no me corresponden.

Aceptaba cosas que no debería haber aceptado por el bien del hospital, de la paciente, mío, de todos, ¿no? Pero bueno, en ese momento también era algo que quería que se resuelva y *sentía que si yo no estaba, no se iba a poder resolver*.

En este otro fragmento aparecen otras apreciaciones muy movilizantes en la escucha. La profesional recuerda y recapacita sobre su accionar en contexto solamente de ILE y aparece en su narrativa el “poner el cuerpo”, lo que nos acerca a la cotidianidad de muchas de las profesionales de la salud que se desempeñan en SSyNR. Las políticas públicas que tienen lugar en el territorio argentino lo hacen en gran medida debido a la voluntad y persistencia de trabajadoras y trabajadores, especialmente si pensamos en contextos de cierre de muchos de los programas de relevancia, como el desmantelamiento del Plan ENIA.

En este sentido, varias de las entrevistadas coinciden en que sí hubo un proceso de cambio, y creemos que eso se debe a que, a partir de 2018, fue profundizándose un proceso de “despenalización social” del aborto. Sin embargo, a pesar de que el panorama era muy diferente en 2023 cuando es reconocido por la ley, en la Maternidad en la que esta médica se desempeñaba³⁰, continuaban siendo solamente dos médicos los que aseguraban interrupciones, una ginecóloga y un ginecólogo, acompañados por un grupo de licenciadas en obstetricia y psicólogas del Servicio de Salud Mental.

Entre las psicólogas de la Maternidad, algunas entrevistadas previamente a la Ley 27.610 también coincidieron con las sensaciones antes mencionadas. Aparece de manera recurrente la idea de miedo por sentir que estaban haciendo algo ilegal, prohibido y posiblemente penalizable, al mismo tiempo que trabajaban amparadas por el Protocolo y las causales del Código. La contradicción se hace evidente:

Ps3-2019: ¿Qué dicen cuando uno plantea estas cosas? Te dicen “Es lo que vamos pudiendo garantizar.” Y yo ¿qué digo? *Yo siento que estoy haciendo lo que dice la ley como si fuese algo clandestino.*

Entonces, qué te dicen ellos “Bueno, pero nos tenemos que cuidar y lo importante es garantizarlo”. ¿Por qué cuidar? Porque vos sabés que Tucumán tiene su historia en relación a la intervención de la justicia con los ILE. Como existe eso, que es real, uno tiene hasta por ahí el argumento, y lo que uno intenta es que la mujer pueda acceder a su derecho, es algo que correspondería.

E: Es como “lo atamos con alambre”. Si no fuera por la voluntad de ustedes...

Ps3-2019: Más o menos. Pero esta es una de las pocas instituciones que lo garantizan de esa manera, pero lo garantizan.

¿Qué pasa con la Sala de Partos? Por ejemplo, la guardia en la que yo estoy, los lunes, *es la única guardia amigable*. De los tres jefes de guardia, una sola hace ILE, los otros dos no. No hacen, se declaran objetores, pero no obstaculizan. Ellos sí saben que hay una ILE, pero no lo andan diciendo.

³⁰ Al momento de la segunda entrevista la médica había renunciado recientemente al sistema público, hecho del que nos enteramos recién al comenzar el diálogo.

Se ha logrado cierto pacto de decir “vamos a respetar el derecho a la mujer y el derecho a la privacidad”. Qué sé yo, es algo que una permanentemente lo habla con sus compañeros de trabajo.

Ciertamente muchas cosas cambiaron desde la legalización del aborto en el sistema de salud. Sin embargo, no fue del todo generalizado en Tucumán. Si bien los cambios culturales y estructurales llevan su tiempo, y partimos de la base de que las leyes no modifican inmediatamente a las sociedades, ciertos temas son más resistidos que otros. En este sentido, la sexualidad de las personas y la posibilidad de que la mujer elija otros destinos que se diferencien del ser madre, se encuentran entre los temas de mayor disputa y polémica.

4. 2. 4. “Un circuito amigable”: cómo llegar a las usuarias

Como vimos previamente, solamente una de nuestras entrevistadas se reconoció como “pro vida”. Expresó que no hace interrupciones de embarazos por “convicciones personales”, pero reconoció la labor de la licenciada en obstetricia sí está de acuerdo con la IVE y, en caso de que alguna paciente se lo solicite, la deriva. En esta entrevista como en otras se reitera la falta de información expuesta, cartelería o promoción en el centro de salud. Al respecto consultamos en todas las entrevistas a las trabajadoras y la respuesta fue unánime: no existe publicidad sobre esta práctica.

La médica general mencionada anteriormente explica que se ha logrado instalar el circuito comunicativo y la información gracias a la reiterada insistencia por parte de las profesionales:

M1-2023: Encima, a todo esto, nunca hubo una promoción en el hospital al respecto. Es como que ahora, hoy por hoy, la gente sabe pero porque yo se los dije a las enfermeras y porque yo se los dije a los otros médicos. Pero nunca en el hospital hubo algo que diga es un consultorio de SSyR; no existe eso en el hospital.

E: Eso te iba a preguntar. ¿Promoción, cartelería, así como está la cartelería de HPV, hay cartelerías sobre IVE/ILE?

M1-2023 No, no. (...) Pero, en ese momento, como te digo, yo les dije a los otros médicos “si llega una paciente a la consulta, no la deriven, no la rechacen,

mandenla a la consulta del domingo. Si ustedes no la quieren atender, si son objetores, mandenla a la consulta el domingo. Yo sí la voy a atender. Yo sí estoy haciendo esto”. Entonces bueno, comencé así.

En adición a la falta de difusión, por un período de tiempo se trataba de la única médica que aseguraba la receta de Misoprostol en su área operativa. Pero, además, ella trabajaba solamente los domingos, y en la guardia del hospital, lo que reduce considerablemente las posibilidades para las personas que la necesiten. Sin embargo, al momento de la entrevista ya había más médicos dispuestos a hacerla, pero se trataba de Residentes de Guardia que, tarde o temprano, dejarían de trabajar allí porque se trata de estancias temporales y rotativas.

En el caso de una psicóloga entrevista realizada en abril de 2023 surgió un testimonio similar en este sentido:

E: ¿Hay información, hay cartelería, hay algo expuesto en el hospital? ¿Un 0800?

PS3-2023: Nada, tampoco se permite. Son cosas que... Yo no voy a ir a ponerlo al cartel ¿para qué? Después vas a tener consecuencias. Por eso te digo: la red es una *red sorora invisible* [enfática en esta última palabra]. ¿Me entendés? Es así.

Tenemos un par de varones que son unos dioses, que nos ayudan también y que lo que tienen que hacer es orientar a las pacientes nada más, no expulsarlas. Y sabiendo que es *un laburo hormiga*, que eso lo hemos ido haciendo nosotros. Yo me dedico a hacer eso con la gente que veo que tiene escucha, que es importante que hay cosas que no pasen, que la mujer que decida hacerse una interrupción [pueda].

Aquí observamos el crecimiento de un campo semántico que abona a la idea de una tarea hecha por las trabajadoras, tarea que han ido haciendo ellas mismas. “Un laburo hormiga” o “muy artesanal” refieren a las acciones llevadas a cabo para que, eventualmente, las usuarias que acudan a un servicio sepan que pueden encontrar alguien que recepcione su pedido y las ayude a concretarlo. Esta entrevistada también relata su labor diaria en un Servicio que “se declara por completo como objetor de conciencia”. Nos comenta también que trabaja en ese hospital desde hace 25 años y que fue director del establecimiento quien ahora es el ministro de Salud de la provincia, que también se declaró objetor. En ese mismo

hospital sucedió lo que conocemos como el “Caso Belén” y que analizaremos también en el capítulo siguiente.

En un contexto muy adverso para las mujeres que no quieren ser madres o no desean continuar con un embarazo, las trabajadoras de esa misma institución han “logrado hacer esa red y está funcionando, y en las últimas semanas se nota un montón” (PS3-2023), de manera casi idéntica a lo que sucede en muchos otros centros de salud de la provincia. La entrevistada nos comentó que en otro servicio del mismo establecimiento, una profesional ginecóloga asegura este derecho: “Ella hace las IVE, la Interrupción Voluntaria. También tiene todo *un circuito amigable* que le facilita a las personas llegar al consultorio” (PS3-2023). Se trata de la misma profesional ginecóloga que realiza las hormonizaciones a la población trans en el sistema público.

Una trabajadora social entrevistada también era parte del mismo hospital, pero recientemente se había trasladado a otro de segundo nivel, con menor complejidad y una cobertura mayormente de población rural o semirural, vinculados a actividades de la industria del azúcar. Cuando conversamos con ella nos explicó de una manera muy ilustrativa el derrotero que tienen que recorrer las usuarias en su nuevo lugar de trabajo

TS1-2023: Todos son objetores, todos. Yo, a mí se me nota el perfil, yo trato de ser... Allá yo tengo una militancia [en el hospital anterior], pero acá no... Entonces eso, va surgiendo y yo voy...

Ahora me viene bárbaro que tengamos la ley acá, porque cuando me decías “¿y cómo hacíamos antes?” Y laburábamos armando *la red*, te diría semana a semana, para las pacientes, las que llegaban [*énfasis*] porque si ahora se pierden en el camino.... Por ejemplo, en el hospital no hay ni cartelería. Hemos pedido, hemos tenido reuniones todo, pero no. Acá menos, acá tampoco.

Este testimonio aúna diversas líneas de lo que venimos exponiendo en este capítulo. Por un lado, importantes instituciones públicas que hasta el año 2023 carecían de personal que atiende solicitudes de abortos. Por otro, una continua falta de exposición, promoción e información visible, comprensible y al alcance de las personas usuarias del sistema público para saber cómo y dónde concurrir. Como dice la entrevistada, muchas “se pierden en el camino” debido a diversas causas, entre las que sin dudas está la ausencia del Estado provincial y su inacción.

Por último, se destaca en este fragmento la mención nuevamente al trabajo en red, en conjunto y de manera mancomunada entre las y los trabajadores, por convicción, voluntad y muchas veces disponiendo de su tiempo libre y otros recursos propios.

Una trabajadora del sistema pero de profesión no sanitaria, que lleva adelante uno de los Consultorios específicos de SSyNR, nos comenta una situación anecdótica. Cuando le consultamos si hay cartelera o señalética que indique cómo llegar nos dice que no, pero que existe un banner de la Consejería que en realidad está en el pasillo, de casualidad:

E: ¿Adentro del hospital hay alguna señalética, carteles o banners?

OP2: No, hay un banner de Consejería de Salud sexual, pero que está de casualidad porque se lo olvidaron.

E: Parece una broma.

OP2: Parece una broma pero no.



Imagen N° 4: El banner presente en el pasillo de uno de los hospitales de alta complejidad. Foto propia. Año 2023.

El servicio que lleva adelante es un consultorio *ad hoc*, por eso es incluso más llamativo que no se informe a la ciudadanía sobre los servicios o prácticas que se proveen. La

entrevistada expresa que las redes ya funcionan y también se da por sentado que todos conocen dónde queda, que funciona en el Consultorio 20 y que “todo el mundo sabe” (OP2).

E: Porque si yo voy a la página del Ministerio de Salud no encuentro nada sobre una consejería llamada de esta manera, tan específica, que por lógica derivaría del Programa de Salud sexual y reproductiva -que sí existe en la página o en las redes del ministerio-. Pero yo no encuentro la existencia de la Consejería del hospital X, ¿por qué pensás que sucede esto?

OP2: Porque no quieren que sepan. No hay, no hay ninguna campaña de difusión de cosas que... De este tipo. Es un poco lo que te decía: *todas sabemos dónde está cada quien, pero porque nos conocemos y sabemos cómo derivar*. Pero no hay ninguna información, en ningún lado.

Resta investigar más profundamente si las usuarias son las que saben, si son las que conocen y cómo se enteran. De muchos testimonios se deduce que la persona consultante eventualmente encontrará el recorrido correcto y conseguirá dar con la profesional amigable. Pero, nos preguntamos también: ¿Y si esto no pasa? ¿Qué sucede con las mujeres que se disuaden mucho antes de llegar quizás? ¿Qué sucede con las personas más jóvenes, que se ven intimidadas ante instituciones de envergadura como los grandes hospitales? O las personas con menos competencias comunicativas, sin el capital cultural necesario para desentrañar las dinámicas de la atención pública, ni los contactos con las redes que provee la militancia. ¿Cuántos rostros y cuántas personas “*se pierden por el camino*”, al decir de las entrevistadas?

4. 2. 5. “Una puede trabajar más tranquila”: cómo se vivió el cambio de paradigma

Por último, retomamos el paso o bisagra que resultó la ley del año 2020 y que surgió muchas veces de manera espontánea en las conversaciones. Una vez que se legaliza el aborto en Argentina aparece otra cuestión a atender, para nada menor, que es la disponibilidad de personal de la salud. En general, en el ámbito público tucumano la situación expresada en las entrevistas es grave, lo que se complejiza aún más cuando se trata de abortos, ya que se intersectan una gran cantidad de profesionales objetores de conciencia con pocos/as ginecólogos/as en general.

En uno de los hospitales más grandes de la provincia, donde se desempeñaba anteriormente la trabajadora social entrevistada, había solamente dos médicas que aseguraban IVE, de un total de 10 ginecólogos/as. Además, nos narró una situación reciente en su nuevo lugar de trabajo en 2023 que, si bien es una policlínica u hospital de segundo nivel, cuenta con el servicio de Farmacia. Al llegar, una persona con necesidad de interrumpir su embarazo se dirigió directamente a la Farmacia y de allí la derivaron con la trabajadora social, por conocer su apertura a la escucha. Finalmente, la usuaria tuvo un aborto espontáneo, “Y como tenía mucho sangrado, se fue a la guardia de la Maternidad y me causó mucha cosa porque me dice por teléfono «Nadie me creyó que no tomé nada»”. [*Silencio entre ambas, entrevistadora y entrevistada, por varios segundos*].”

En esta entrevista vemos que hay situaciones que siguen sucediendo y que vivencian las usuarias cuando acuden a solicitar atención médica. Otra médica ginecóloga expresó que, aun a pesar de la legalidad, las mujeres se acercan siempre a pedir la interrupción con “muchísima vergüenza”. Sin embargo, la misma profesional había expresado haber sentido miedo anteriormente y luego, al desarrollar con más profundidad sus experiencias, dijo que uno puede “trabajar más tranquila” desde que salió la ley. Otras profesionales hacen más hincapié en la postura que pueden adoptar las personas usuarias y la posibilidad existente de pedir de otra manera las prácticas asistenciales:

PS4-2023: Después de la ley y antes de la ley, hay gente que se sigue manejando igual. La diferencia por ahí es la gente, las pacientes, que se pueden plantar de otra manera o buscar en otro lugar una solución, esa puede ser la diferencia.

Una de las psicólogas entrevistadas, también del equipo de salud del CIC Los Jacarandás, explicó que no recibieron capacitación por parte de la provincia de Tucumán sobre la legalización de la IVE; solamente accedieron a capacitaciones de la Nación: “Acá en la provincia no. Las capacitaciones de las que hemos participado siempre han sido de Nación. Ni el equipo conoce la legislación. O sea, esto es algo que nosotros hemos empezado a hablar, que hemos empezado a traer al equipo, que hemos empezado a contar en el equipo” (**PS5**). Este caso se enmarca en un área operativa que no tenía un médico que asegure la práctica, es decir, carecía de efector de IVE todavía en el año 2023.

Muchas de las prácticas pueden no haberse modificado, y como todo proceso de cambio cultural tan importante como éste, tomará tiempo hasta que se asienten. Sin embargo, esta idea de que las pacientes “se pueden plantar de otra manera” evidentemente vendrá luego de

acceder al conocimiento y la información, ya que difícilmente las usuarias puedan exigir una práctica médica si desconocen que la ley las asiste y que el tratamiento está disponible.

Conclusiones

En este capítulo nos abocamos a analizar la concreción de los discursos que desde la esfera internacional y global establecieron la importancia de reconocer y proteger los derechos de las mujeres desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud. En tanto su salud sexual y su salud reproductiva son parte central de la vida de las personas, asegurar su respeto, la libre elección y la autonomía de las personas se plantean como bases para vivir más saludable y plenamente. Es así que nos interesó analizar la aplicación de las leyes y normativas nacionales existentes en Argentina en lo particular del caso local de Tucumán y cómo se concreta esto atendiendo a las características particulares de la provincia.

Estudiar de qué forma las políticas públicas se llevan a cabo en la provincia en el ámbito de la salud permite analizar ese espacio en el que el personal sanitario entra en contacto con las mujeres usuarias y posibilita que los derechos se vean asegurados.

A pesar del largo camino recorrido y de reclamos largamente exigidos por el movimiento de mujeres y los feminismos, en el caso local de Tucumán pudimos ver que muchas acciones de la salud pública continúan concretándose de manera artesanal, sin una guía clara y gracias a voluntarismo y la presencia de profesionales conscientes de la importancia de las leyes. Además, la observación de los espacios de salud visitados para conversar con sus trabajadoras brindó imágenes más que elocuentes. En ellas constatamos lo aportado por los testimonios, la falta de información ya sea como cartelera o infografías para exponer que la práctica del aborto se ofrece y se realiza en el sistema público.

Si bien las entrevistadas relatan que los directores de hospitales no obstaculizan la práctica, tampoco la promocionan en los lugares de atención. Así, creemos que las personas llegan por lo que sucede en los territorios: es gracias al “de boca en boca”, o a enterarse por conversaciones con conocidas o personas que ya hayan abortado y conozcan dónde concurrir. A esto se suma que los feminismos locales demuestran haber tenido y tener vínculos con las médicas y otras profesionales de la salud, por lo que su presencia en el espacio público sigue siendo vital para exigir a los Estados que efectivicen los derechos que las leyes reconocen. Esta última consideración se verá de manera más concreta cuando analicemos, en el capítulo

siguiente, los casos de vulneración de derechos sexuales y reproductivos que sufrieron Belén y Lucía en sus propios cuerpos.

CAPÍTULO 5

Ni en la salud ni en la justicia: vulneración de derechos y obstaculizaciones morales en dos casos paradigmáticos

Las historias importan. Muchas historias importan. Las historias se han utilizado para desposeer y calumniar, pero también pueden usarse para facultar y humanizar. Pueden quebrar la dignidad de un pueblo, pero también pueden restaurarla.
Chimamanda Ngozi Adichie

La recorrió con los ojos como si estuviera palmeándole el cuerpo hasta detectar la protuberancia en su vientre. Estuvo a punto de pedirle ayuda, seguro que ella podía decirle cómo sacarse eso de encima. Había probado té de ruda porque una vez en la verdulería las viejas decían que con eso habían controlado la cantidad de hijos que querían tener. Con eso y con perejil, pero ella no tenía valentía para tanto (...).
“Como si nada llorase en el monte”
Ángeles Alemanni

Lucía atravesó una cirugía similar a una cesárea a los 11 años, lo que dejará una marca imborrable en su piel para toda la vida. A pesar de haberse cambiado de escuela, a pesar de haber recibido una casa por parte del Estado provincial como medida reparatoria, en la memoria de la niña siempre quedará el recuerdo de las semanas internada en un hospital público con un embarazo producto de una violación, recuerdo al que se suma la violencia y el abuso por parte del novio de su abuela.

“Dicen que yo he tenido un bebé”, expresó Belén a la psicóloga del hospital al que acudió buscando cuidados. A pesar de ello, siendo muy joven estuvo más de dos años privada de su libertad, y finalmente se mudó a Buenos Aires por las grandes probabilidades de revictimización que podían suceder en Tucumán, una sociedad en la que es muy difícil pasar desapercibida luego de recibir la condena como homicida de un hijo que ni siquiera conocía que estaba gestando. A pesar de haber usado nombres ficticios, la historia de ambas mujeres nunca podrá ser modificada.

Acercarnos a hechos concretos de mujeres reales permite tomar distancia de lo que solamente “sucede en el papel”. Es por ello que en este capítulo abordaremos situaciones de

vulneración de derechos que nos permitan ver las posibilidades de acceso que tienen las mujeres tucumanas a las políticas de salud sexual y (no) reproductiva. Además, el repaso de lo sucedido a Belén y a Lucía en el sistema público de salud y en el poder judicial nos permite trazar el puente hacia la instancia de las usuarias, y sumar esta instancia a las que venimos trazando en esta tesis desde lo global, lo nacional y ahora, adicionar el estudio de casos en la provincia de Tucumán.

El espacio donde se concretan las políticas de salud es la atención sanitaria, en los hospitales y centros de atención primaria. Allí es a donde acuden las personas por la necesidad de cuidados, una cura, escucha o a veces en procura de medidas de prevención. En el capítulo anterior vimos la existencia de esas redes que persisten a pesar de las negativas de directores y de funcionarios; son profesionales que reciben la consulta e intentan dar una solución a la persona gestante ante su inquietud.

En esta tesis estudiamos en tanto usuarias de la salud sexual y (no) reproductiva a las mujeres cis en edad fértil, quienes mayormente solicitan en el sistema público métodos anticonceptivos, métodos de barrera para evitar infecciones de transmisión sexual, controles de su salud sexual o interrupciones del embarazo cuando algún método ha fallado o no utilizaron ninguno. Sin embargo, sumado al recorrido que venimos haciendo, en el que desde un análisis sociológico y crítico revisamos dos leyes de salud sexual y (no) reproductiva, consideramos de vital importancia detenernos en los dos de los casos de mayor trascendencia sucedidos en Tucumán.

Si sostenemos que las políticas públicas tienen como objetivo llegar a la población en general, sin discriminación ni demoras, en los casos de Belén y de Lucía esto no sucedió. En consecuencia, nos interesa detenernos en ambos eventos por varios motivos:

En un primer lugar, porque a causa de una estrategia de articulación entre los activismos feministas y por los derechos de las mujeres de Tucumán y los equipos de defensa de ambas mujeres, estos casos obtuvieron trascendencia internacional y se amplificaron en diversos espacios periodísticos y militantes del resto de Argentina y de otros países. Son casos que generaron que el foco de la atención pública se situara por momentos en la provincia de Tucumán, que la volvieran nuevamente célebre y que se prestara atención al estado, la calidad y las diversidad formas que adquiere la atención de las personas en el sistema público.

En segundo lugar, porque analizar estos dos casos nos permite tener una muestra de lo que llamamos condiciones de posibilidad para las mujeres cis tucumanas en cuanto a su acceso a la salud pública y al goce de sus derechos sexuales y (no) reproductivos.

Finalmente, las situaciones vividas por Belén y Lucía conforman situaciones de violencia y vulneración de sus derechos por parte de agentes del Estado provincial que, a través de la atención en sus instituciones públicas, dilataron, obstaculizaron su atención o las denunciaron policialmente, todo lo cual derivó en lo contrario a lo que los espacios sanitarios deben hacer: abandono, incumplimiento del deber de prestar adecuada atención de salud y justicia.

La gravedad de los casos conmociona pero indica también que esto podría haberle sucedido a otras mujeres en la misma situación. Por lo tanto, también tendremos en consideración los datos e indicadores que arrojan, para la provincia, las políticas de salud sexual existentes.

Abordaremos lo sucedido a Belén y a Lucía y reconstruiremos cada caso a partir del material periodístico y de entrevistas. También veremos con más detenimiento cómo es que llegan las mujeres usuarias al sistema de salud y qué tiene éste para ofrecerles. Nos proponemos tomar como la última de las escalas de esta investigación a la esfera local, a partir de observar a quienes son consideradas destinatarias de la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos. De esta forma podemos hipotetizar sobre cómo llegan las ideas y estrategias nacidas en los espacios globales de derechos de las mujeres y en los movimientos feministas a los territorios concretos, adoptando y transformando de forma local las normativas globales (Levitt y Merry, 2009). Es en estas instancias donde podemos observar de qué manera se viven los derechos de las mujeres en el día a día y qué repercusión tienen las discusiones internacionales y las normativas nacionales en su vida diaria.

5. 1. Los casos locales

i. Mujeres presas por abortos espontáneos: Belén (2014-2017)

La joven conocida como "Belén" tenía 25 años la madrugada del 21 de marzo de 2014 cuando llegó a la guardia del Hospital Nicolás Avellaneda, uno de los establecimientos sanitarios de tercer nivel, como se conoce a los hospitales de alta complejidad, de la capital

tucumana. Tenía fuertes dolores abdominales y miedo de una operación por peritonitis previa, pero salió de allí esposada directamente a la cárcel de mujeres (Deza, 2016; Correa, 2019; Carrera et al., 2020).

Esa madrugada de marzo, la joven que vivía en la casa familiar, le había comunicado a su madre dolores en el abdomen y ambas concurren a la guardia del hospital ubicado justo frente a la Cárcel de varones de la provincia: la cárcel de Villa Urquiza, en las periferias de la ciudad, donde se elevan dos de los edificios más grandes y más imponentes de la zona noroeste tucumana.

En la Guardia, la examinaron, le dieron calmantes y suero, pero nadie detectó un embarazo, ni siquiera el jefe de la misma. Luego de esperar un par de horas acostada en la camilla, Belén fue al baño, reportó un sangrado que derivó en hemorragia y fue llevada al Servicio de Ginecología. Allí, el jefe de Servicio le diagnosticó un "aborto espontáneo incompleto sin complicaciones", como figura en la historia clínica. Inmediatamente, la ingresaron al quirófano para un legrado pero en ese momento es que la joven entiende que le estaban hablando de un embarazo, hecho que sostuvo desde el inicio que ignoraba.

En paralelo, mientras Belén esperaba un diagnóstico certero, su madre aguardaba en la sala de espera y un feto era encontrado en uno de los baños del hospital, a más de 100 metros de distancia de la Guardia. Según consta en el expediente judicial, una enfermera sostuvo que Belén estuvo sólo cinco minutos en el baño, cuando pidió ir porque sentía dolores similares a los que provoca la diarrea.

Su historia clínica señalaba un "aborto espontáneo". Sin embargo, al despertarse del legrado Belén ya se encontraba rodeada de policías que revisaron su vagina sin su consentimiento, al tiempo que un enfermero le mostraba un feto muerto que ella no reconoció e intentaba obligarla a admitir que era suyo y que ella lo había dejado morir en el inodoro del baño. Todavía era el 21 de marzo pero ya habían comenzado las acusaciones, según cuenta la joven, no solamente por el personal policial sino también por parte de los profesionales que la atendieron, sin hallarse en un juicio. Inclusive a pesar de que, según ella misma cuenta, uno de los policías presentes era el novio de una de sus mejores amigas, y ahí mismo expresó que Belén no estaba embarazada, que él la había visto pocos días antes (Correa, 2019).

Luego de cuatro jornadas internada y con custodia policial, le dieron el alta para llevarla en un móvil policial, primero unos días a la Brigada de Investigaciones de la

provincia y luego, a la cárcel. Todo esto, en el marco de la figura de prisión preventiva que tiene fundamento en que la persona acusada no entorpezca el proceso o se fugue sin cumplir la condena, cosa muy poco probable en este caso ya que se trataba de una mujer de origen humilde y pocos recursos económicos.

Desde el inicio se la vinculó al feto encontrado, al que nunca se le hizo un examen de compatibilidad genética. De hecho, esta prueba con la que se la acusa *in situ*, luego se pierde y no se presenta en el juicio oral: no hubo custodia adecuada de las pruebas, ni fotografías del acta de secuestro del feto mencionado, ni preservación de la supuesta "escena del crimen" y, finalmente, las horas de ese hallazgo no coinciden con el ingreso de Belén al Hospital, todo según lo que consta en el expediente.

Pero se registraron diferentes horas del suceso, diferentes posibles semanas de gestación y diferentes sexos del feto. En este marco, Belén declaró desde un comienzo que ignoraba su propio embarazo pero su voz fue desdeñada, primero por los médicos, enfermeras y guardias policiales, luego por abogados, fiscales y jueces en el proceso judicial. El fiscal la acusó de "homicidio agravado por el vínculo", su familia invirtió todos sus recursos en un abogado que la dejó sola, por lo que Belén enfrentó el juicio de primera instancia con una defensora oficial que le sugirió declararse culpable porque todas las pruebas apuntaban en su contra. Finalmente, la sentencia de la Sala III de la Cámara Penal de Tucumán sostuvo en el fundamento de la condena

Que después de dar a luz, Belén cortó el cordón umbilical, lo anudó, y con claras intenciones de provocar la muerte de su hijo lo arrojó por las cañerías del baño y tiró la cadena; y que con ese accionar provocó en su hijo un traumatismo encéfalo craneano, lesión que le ocasionó el óbito. Que luego de ello, Belén se retiró del baño y se dirigió nuevamente al consultorio donde estaba siendo atendida, quedando el cuerpo de su hijo, ya sin vida, atascado en la cañería del inodoro (Cámara en lo Penal, Sala III, Sentencia condenatoria a Belén, 2016).

De allí se desprende que la primera carátula haya sido "aborto seguido de homicidio", determinada por el personal policial, a pesar del primer diagnóstico médico. La coincidencia del cordón umbilical cortado, que nota el médico que le realiza el mencionado legrado, y el hallazgo de un feto en un baño, llevan a concluir que existían claras coincidencias.

Por todo esto, en el juicio oral, el tribunal finalmente la condena a ocho años de prisión por "Homicidio agravado por el vínculo mediando circunstancias extraordinarias de atenuación", esto último en referencia a un parto traumático y por haber estado en shock por el puerperio. Pero cuando se hace cargo de su defensa una grupo de abogadas feministas, ellas sostienen que el proceso estuvo plagado de fallas, nulidades y contradicciones, pérdida de pruebas e, incluso, pruebas que resultaban insuficientes para demostrar su culpabilidad. Sostuvieron también que la joven no tuvo un proceso justo y una defensa acorde a su caso, sumado a que se violase su intimidad y el secreto médico profesional. Cabe preguntarse, entonces, si la investigación preliminar que forma parte de todo proceso penal ya partió de la acusación de asesinato en tanto certeza, y no como una hipótesis de indagación.

Lo primero que aparece es la opción de juzgarla moralmente y tildarla de asesina, en lugar de asistirla en su salud por un aborto espontáneo y resguardar tanto el secreto médico profesional como su privacidad. Es decir, una mujer que elude el mandato que debería convertirla en madre es penalizada sin que se demuestre su culpabilidad (Cano, 2018) con pruebas suficientes. Una mujer que no se doblega al destino inapelable de la maternidad parece molestar mucho más que el hecho de haber sufrido un aborto espontáneo, sobre la que posiblemente haya pesado el miedo, la presión del personal médico, las miradas, los prejuicios y la condena social que existen siempre sobre las mujeres pobres en general, y en específico sobre las que abortan.

La intervención del nuevo grupo de abogadas, además de la alianza con el movimiento de mujeres, impulsan la repercusión del caso y llegan a sensibilizar tanto a organizaciones internacionales, medios nacionales y a distintos sectores de la ciudadanía en general. Pero el marco que rodea a este caso es aún mayor: en un contexto histórico-político restrictivo para las interrupciones del embarazo, las mujeres que poseen recursos económicos y capital cultural pueden pagar un aborto en el ámbito de la medicina privada, pero de forma clandestina y secreta. Las mujeres que no pueden generalmente son las mujeres pobres, y al hacerlo se arriesgan a terminar presas o, peor, con complicaciones de salud que pueden derivar en la perforación y pérdida del útero, hemorragias, infecciones e inclusive en la muerte como la que provoca, por ejemplo, el *Síndrome de Mondor*, al que hicieron referencia alguna de nuestras entrevistadas. Se trata de la situación como consecuencia de infecciones, que le sigue al aborto séptico provocado o espontáneo y suele aparecer dentro de las 24 a 48 horas de producido el aborto. Su gravedad reside en la alta tasa de mortalidad que posee, de alrededor del 60% de los casos (Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, 2025).

En el caso de la joven Belén, luego de pasar por el sistema de salud, le tocó el turno del sistema judicial. Su nueva defensa apeló su prisión preventiva primero, y logró su excarcelación por medio de una sentencia del 16 de agosto de 2016. Menos de un año después, se conoce el fallo de la Corte Suprema de Justicia de Tucumán que absolvió a la mujer acusada, mediante una sentencia en la que los tres jueces firmantes están de acuerdo.

El Fallo absolutorio de Belén destaca en sus consideraciones finales que

El confuso desenvolvimiento de los hechos y las falencias investigativas impiden establecer a ciencia cierta el modo en que la autoridad policial toma conocimiento del supuesto delito. Muy por el contrario, como pudimos observar a partir de las declaraciones de los médicos y enfermeras del Hospital Avellaneda en la audiencia oral ellos se enteran de la búsqueda del supuesto bebé a partir de un requerimiento policial cuyo origen se desconoce (Corte Suprema de Justicia de Tucumán, Fallo de Absolución, 2017).

Aparecen interesantes conceptos de uno de los vocales, como que existió “una valoración arbitraria de las pruebas”, y se destaca que los elementos por los que se la condena son dudosos, por lo cual solo resta absolver a la imputada por lo que se conoce como “beneficio de la duda”. También mencionan que se violó el secreto profesional que protege a los pacientes en su relación con el personal sanitario. Además, nunca pudo probarse que el feto hallado en uno de los baños del enorme Hospital en el que Belén se encontraba fuera fehacientemente producto de un aborto provocado por ella misma.

En este fallo aparece la violación de la confidencialidad, que jurídicamente es un deber que tiene todo el personal de la salud, ya sea que implemente tareas administrativas, de atención sanitaria u otras, y sin importar el rol o lugar que ocupe en la jerarquía sanitaria. La única que puede divulgar la información de salud es la persona que consulta o es usuaria (Carrera et al., 2023). Esto fue reconocido en el fallo de absolución (Cano, 2018), ya que al realizar la denuncia policial sobre el feto encontrado, a su vez sin constancia de que la autora fuese Belén, se comparte información privada, íntima y confidencial con los agentes de las fuerzas policiales sin consentimiento de la joven, por ejemplo.

Este proceso muestra la gravedad que comporta una falla tal como la falta de pruebas o el nulo cuidado de las mismas en un juicio penal, además de una defensa que no estuvo a la altura de las circunstancias, distanciada enormemente del reclamo y de las palabras de la

protagonista. Pero, además, hace resonar las palabras de la joven en un medio de prensa nacional: “¿Ahora quién me va a devolver los tres años que pasé encerrada?” (Carbajal, 29 de marzo de 2017).

Sin embargo, el caso de Belén no fue el único. De hecho, existen varios en Argentina, pero se conocen muy poco y están profundamente invisibilizados. Ponen en evidencia que existen circunstancias que las mujeres gestantes no pueden prever ni evitar, pero se las juzga y encarcela de igual manera, porque “el bien jurídico tutelado no es la infancia, la vida en general ni la de las personas gestantes en particular, como se suele afirmar. El poder de los cuerpos para decidir si gestar es lo que desencaja el poder de control del Estado y desata su obsesión punitiva” (Carrera et al., 2020, p. 26). Se trata de eventos obstétricos y reflejan el enorme poder disciplinador que tiene el Estado en la actualidad, no solamente de parte de sus agentes judiciales, sino también en las manos mismas del personal sanitario.

ii. Niñas obligadas a parir: Lucía (2019)

Una de las abogadas defensoras de Belén toma la defensa del que se conoce como "Caso Lucía", niña embarazada a causa de un abuso infantil intrafamiliar. Nuevamente se elige un seudónimo desde el inicio: por ser menor de edad, se busca cuidar la integridad de la víctima, que tenía solo 11 años cuando se conoce su caso, y para evitar posteriores vulneraciones (Mora Augier y Lorenzo Pisarello, 2022).

Lucía era una nena en febrero de 2019 cuando su madre observó comportamientos anómalos y cambios corporales en su hija. Vivían en la localidad 7 de Abril, un pueblo muy pequeño en el límite de Tucumán con Santiago del Estero y Salta, que vive a la sombra de la antigua estación de tren, que ya no funciona más que como sede comunal. Su madre acudió al CAPS local y la médica que la atendió sospechó de un embarazo y decidió derivarla a un hospital especializado, el Hospital del Este, llamado oficialmente “Eva Perón”. Irónicamente y producto del azar urbano, está en la localidad de Banda del Río Salí, donde también se encuentra la única cárcel de mujeres de Tucumán, en la que Belén pasó casi tres años presa.

Allí se comprobó, mediante una ecografía, que se trataba de un embarazo de 19 semanas de gestación. En esa instancia, cuando la madre solicitó una ILE —a lo que estaba en su derecho por tratarse de una de las causales del Código Penal argentino que habilitan abortos no punibles—, desde la institución se le respondió simplemente "que lo piense" y no

se activó el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", lo que dio lugar a que la gestación avanzara.

Las acciones posteriores por parte del hospital, según denuncian la madre y la tía de Lucía, tendieron a la desinformación y la dilación voluntaria, a pesar de que, según consta desde un inicio en el expediente judicial, la madre y la niña siempre supieron que querían terminar ese embarazo y que Lucía no quería convertirse en madre. En este contexto la tía de la niña se comunicó por la red social Facebook con el espacio *Ni Una Menos Tucumán*, y dio a conocer el caso. Por este medio, la familia llegó a la abogada que finalmente llevó adelante este caso y asesoró a la madre de Lucía, en articulación con referentes de la ONG ANDHES (Abogadas y Abogados del NOA en DDHH y Estudios Sociales)³¹. Posteriormente se realizó la denuncia respecto del abuso sexual y el violador fue preso rápidamente, pero siguieron sin poder acceder a una ILE, a pesar de que para ello no era necesaria ninguna acción judicial ni policial.

En una entrevista a la madre de Lucía, la mujer contó paso a paso todo lo sucedido y expresó claramente que tanto ella como la niña reiteradas veces expresaron su deseo de no continuar con el embarazo:

Me puse a pensar para qué iba a venir una criatura al mundo si se iba a criar bajo un odio, porque no era deseada. Cuando me traen al hospital y me vuelven a preguntar, dije que se haga la voluntad de mi hija (que se lleve a cabo un aborto). Ahí quedamos internadas. Eso hemos pedido desde que llegamos al hospital. Supuestamente había una ley que la amparaba y queríamos que se respetara (*Cosecha Roja*, 2 de mayo de 2019).

A pesar de que el Fallo FAL instó a que los establecimientos generen las condiciones mínimas de seguridad para efectuar las ILE y garanticen a las mujeres el acceso a la información y la confidencialidad y la eliminación de dilaciones innecesarias (Gebruers y Gherardi, 2015), luego de la intervención tanto de una Fiscalía como de un Juzgado de Familia, todos los médicos y médicas del Hospital en el que la niña se encontraba se declararon objetores de conciencia.

³¹ La caracterización de esta ONG se encuentra más profundamente realizada en el Capítulo 1. Sin embargo, es importante aclarar que entre sus líneas metodológicas y de trabajo se encuentran la comunicación estratégica, el litigio estratégico, a las que se suman la investigación, educación y participación.

Recordemos apelar a la objeción de conciencia implica hacer uso del derecho de no ser forzado a realizar acciones que se oponen a las convicciones éticas o religiosas que son importantes para el agente que las invoca, y es un derecho garantizado por la Constitución argentina (Irrazábal et al., 2019). Sin embargo, y a pesar de que surge en el terreno militar y las guerras, existe consenso de que, mediante su uso, se han incumplido diversas normativas en el ámbito de la salud, lo que posiciona por delante la protección de los derechos individuales (Cena, 2021), especialmente cuando la disputa es sobre la realización de una ILE (Irrazábal, 2015; Irrazábal y Olmos A., 2021).

Para poder concretar la ILE a la niña se convocó a dos médicos externos a la planta y finalmente le realizaron una cirugía por tratarse de una niña muy pequeña y por los riesgos que un aborto con pastillas podría traer para ella. Es decir, finalmente a Lucía se le realizó una cesárea.

Sin lugar a dudas, al haberse tratado de una violación a tan temprana edad se vieron interrumpidas todas sus posibilidades de decidir cómo, cuándo y con quién iniciar su vida sexual junto a un o una otra/o. Así es como, antes que nada, no pudo decidir libre de coacción ni violencia. Lucía resultó embarazada como consecuencia de una acción que no eligió, por lo que podemos ver que ese embarazo tampoco fue buscado ni deseado.

Finalmente, los médicos que intervinieron en el caso de Lucía fueron imputados penalmente por homicidio por una Fiscal, y en el año 2021 fueron sobreseídos de dicha responsabilidad. Un tiempo antes, en marzo de 2020, la justicia penal provincial había sentenciado al violador y, en un fallo reconocido como ejemplar, instó en sus puntos resolutorios al Estado provincial a resarcir económicamente a la niña y a su familia por los malos tratos recibidos, asegurarles vivienda, acceso a la escolaridad, contención psicológica, entre otros puntos.

Sumado a esto, el fallo de la jueza de Familia que lleva adelante el caso de la interrupción del embarazo destaca la importancia de no perpetuar los señalamientos que pesaban sobre la niña y su familia y, amparada en las leyes que lo permiten, liberar a la niña de responsabilidades que pesen sobre ella ante el deseo de no maternar al feto producto de la violación, inclusive en el ámbito administrativo. En la nota periodística titulada «Pensando en la niña víctima» se resalta que la jueza tuvo que tener en cuenta primordialmente el "interés superior de la niña" y, para ello, "debe resguardarse no sólo desde la faz de la Salud Pública (habiéndosele facilitado la práctica de la ILE en el nosocomio público donde se encontraba

alojada), sino también y fundamentalmente desde la faz administrativa [...]" (Carbajal, 28 de marzo de 2019).

En la sentencia se establece la inscripción del neonato y su posterior defunción, a los fines de cumplir con los trámites que exige el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, por lo que dictamina:

Que el Estado, en todas sus fases y escalas debe velar y hacer primar la tutela efectiva de los derechos de la niña víctima del ilícito infamante ya mencionado, tutela que implica no sólo garantizarle el acceso a las políticas públicas a fin de interrumpir el embarazo no deseado, sino además las consiguientes reservas legales a partir de las cuales no queden secuelas registrales de la decisión legal que adoptara la niña en su condición de víctima. De lo contrario, se la estaría condenando a verse registrada como lo que nunca fue: una mujer con intención de maternar, cuando en la realidad se vio obligada a gestar a partir de la comisión de un hecho ilícito, sin haber manifestado en momento alguno intención o voluntad de asumir los cuidados y el ejercicio pleno de la responsabilidad parental respecto de la neonata (Juzgado en lo Civil en Familia y Sucesiones V, 2019).

Resulta novedoso y edificante un fallo de estas características, ya que se destaca que, después de todo lo que tuvo que atravesar, y sufrir la niña en su cuerpo, no debe adjudicarse un rol maternal por ser víctima de una situación que nunca eligió y no tener autonomía en ello. En este sentido, el último punto expresa

Que, en el caso sub-exámene, debe atenderse a que la falta de filiación determinada de la neonata deviene como consecuencia de las particularidades que rodearon su nacimiento, debiendo considerarse a quien la concibió como una persona gestante sin intención de maternar ni de asumir ninguna calidad ni vínculo familiar con esa menor de edad recién nacida, del que pudiera devenir inscripción registral alguna que la vincule con ésta última (Juzgado en lo Civil en Familia y Sucesiones V, 2019).

En este fallo podemos ver que se desvincula a la niña de una ligazón inclusive familiar, sin desconocer la experiencia dolorosa y traumática que formará para siempre parte de su vida. En la nota mencionada previamente se lo destaca como una sentencia muy significativa y, cuando la propia jueza fue consultada al respecto, explicó que se trató de algo muy

novedoso, por lo que no encontró casos o antecedentes similares en otras jurisdicciones (Carbajal, 28 de marzo de 2019).

iii. “María Magdalena”: antecedente en la defensa de los derechos de las mujeres

Mucho antes de los casos que observamos aquí, y de que sucedieran el *Ni Una Menos* o la “Marea Verde”, en el año 2012 una mujer de 26 años llamada de manera ficticia como “María Magdalena” y madre de tres hijos llegó con un aborto en curso para ser atendida en la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes de la capital tucumana. Las dos ginecólogas que la atendieron llamaron a la policía para denunciarla por sospechar que se había realizado un aborto. La mujer fue interrogada, se le practicó un legrado que, según la paciente fue sin anestesia, y le mostraron a su pareja el feto que se la acusaba de haber abortado. Además, permitieron entrar, de madrugada a la sala de partos comunitaria, a policías para tomarle declaración (Carbajal, 05 de junio de 2021).

La joven explicó que usaba anticonceptivos inyectables e ignoraba un embarazo, pero las médicas tampoco oyeron su testimonio y la acusaron por “aborto provocado”. Si bien este caso no llegó a los extremos de lo sucedido a Belén, sí se constata la violencia obstétrica sufrida por María Magdalena, razón por la que luego ella misma denunció a las médicas que la trataron. Pero recién 9 años después, en 2020, la Corte Suprema de Justicia de la Nación indicó que la orden de archivo de la causa contra las dos médicas debía anularse y ordenó a la Corte Suprema provincial que reabra la investigación.

A pesar de todo, este caso no tuvo la resonancia pública y en los medios que sí tuvieron los dos casos posteriores, como veremos a continuación. Contó con el apoyo de diversas organizaciones de mujeres de Tucumán que realizaron un pedido al presidente de la Corte Suprema de la provincia pidiendo justicia por la violencia ejercida en una Maternidad pública por impulso de sus abogadas. Las expertas, las mismas que luego defenderían a Belén, denuncian una situación que, desgraciadamente, no dejó de suceder: las profesionales de la salud, en lugar de atenderla y cuidar su integridad, la denunciaron sin pruebas concretas.

Por otra parte, quizás la poca resonancia que tuvo el caso de María Magdalena en los medios se deba a que todavía eran momentos del “closet” para el feminismo argentino y más aun para el tema del aborto, cuando todavía no había sucedido el masivo *Ni Una Menos* ni había pasado por el Congreso el proyecto del aborto. A esto se suma, como veremos a

continuación, que efectivamente la alianza con comunicadoras y comunicadores con perspectiva de género y militantes no había sido una estrategia tan aceptada como en otros casos, en vistas de tomar la narrativa de los casos junto a personas del activismo feminista que tengan la formación necesaria para posicionar estos temas en el plano de la discusión pública.

Se trata de tres situaciones con notables similitudes: las mujeres acudieron a procurar asistencia y cuidados sanitarios, pero vivieron hechos graves y degradantes. Las consecuencias de la falta de capacitación y formación en derechos fueron sufridas por personas concretas, mientras que el Estado buscó aleccionar y castigar las vidas de mujeres que no se doblegan a lo que la sociedad espera de ellas.

5.2. La prensa local, nacional e internacional ante lo sucedido a Belén y a Lucía

Otra de las cuestiones que tienen en común estos casos es que se trata de dos situaciones que excedieron las fronteras locales, obtuvieron repercusión nacional e inclusive internacional. Parece cumplirse la hipótesis de que el aborto es noticia solo cuando aparece involucrada alguna controversia respecto al tema, cuando aparece alguna situación “noticiable”; por fuera de eso, parece interesar a la prensa solo de manera colateral (Mogaburo, 2013). Mucho antes, en 1990 en la provincia de Catamarca sucede el caso de María Soledad Morales, joven de 17 años víctima de femicidio que aparece muerta luego de haber ido a una fiesta con sus compañeras de colegio. En ese momento, la noticia del suceso fue cubierta sin ninguna perspectiva de género y con una gran *espectacularización* (Bilbao, 2020).

En los que analizamos aquí, la mayoría de los medios locales que reflejaron ambos casos se posicionaron de manera imprecisa, especialmente cuando sucedió el Caso Belén. No ahondaron en la problemática que afecta a las mujeres tucumanas, ni tampoco reflejaron en las notas si la ILE se respetaba o no en los centros sanitarios de la provincia, ni problematizaron el derecho a la intimidad de la consulta médica y el respeto del secreto profesional. Sin ir más lejos, omitieron hacer referencia a casos anteriores como el de María Magdalena, a pesar de las obvias similitudes entre ambos.

Con la compañía de los activismos, la defensa técnica de Belén buscó que casos como éste obtuvieran legitimidad en el espacio público, y se convirtieran en temas de conversación válidos para hacer que ingresen a la agenda de los medios. La estrategia comunicacional,

entonces, consistió también en encontrar en medios aliados —como espacios de comunicación alternativos y locales, por ejemplo la *Agencia de Prensa Alternativa* (APA)³² o *La Palta*³³, y con perspectiva de género, como *Página 12*— la herramienta de apoyo, visibilización y lucha para amplificar la voz y lograr atención.

La libertad de la joven y la posterior absolución de la condena también tienen sus raíces en el apoyo que brindan las redes generadas por el movimiento de mujeres y de derechos humanos. Para ello, en un primer momento, se buscó tejer una alianza estratégica con un medio alternativo y comunitario local como era APA, en vistas de su perspectiva de género y derechos humanos y por tener en su equipo a comunicadoras especializadas en el área y militantes del feminismo. Así, la primera nota sobre el tema fue titulada como “Una joven tucumana condenada a 8 años de prisión por un aborto espontáneo” (Deza, 2018), en la que podemos ver que se intentó poner el foco en la cuestión involuntaria en contraposición a la sentencia de “homicida”.

Luego, notas como las del diario *La Nación* encabezan la información con el título «Quién es Belén, la joven acusada de asesinar a su hijo que fue liberada por la Corte Suprema de Tucumán» (16 de agosto de 2016). Sin embargo, se promete algo que después no se cumple en el contenido, ya que el texto aborda brevemente el fallo judicial, su contenido, y un escueto resumen del caso. Pero nunca profundiza en quién es la protagonista como promete el titular, y tampoco consideran necesario mencionar que fue un proceso judicial con irregularidades ni desarrollar el contenido de la sentencia. Voluntariamente se omiten importantes elementos para la liberación de Belén, que además sientan precedentes sobre la violencia institucional, ruptura de la confidencialidad y violación del secreto profesional.

Se trata de un caso diametralmente opuesto a los posicionamientos de los medios alternativos, comunitarios y populares, ya que diarios como *La Nación* se posicionaron históricamente a favor de los grandes empresarios y grupos oligarcas del país, alejados de las preocupaciones y vivencias de los sectores populares y de las problemáticas específicas de género y diversidades.

³² Espacio de comunicación alternativa, popular, independiente y autogestionada de Tucumán que ya no existe pero estaba activo en el momento en que sucedió el caso.

³³ Colectivo periodístico de comunicación alternativa y popular con eje en los derechos humanos y luchas sociales. Página web: <https://lapalta.com.ar>

A diferencia de lo antedicho, el *Diario Río Negro*, de la provincia homónima, titula «El Caso María Magdalena, un antecedente contra la violación del secreto profesional» (26 de marzo de 2016), en referencia al caso de 2012 y a las similitudes con el de Belén. La orientación de esta nota y el tópico que se tematiza dista mucho de ser el que escoge el diario *La Nación*.

Asimismo, artículos como los de *El País*, de España («Absuelta una joven argentina que estuvo dos años presa por un aborto»), o de la agencia argentina de noticias, *Télam* («La Corte tucumana que absolvió a Belén sostiene que no hay certeza de que haya cometido delito»³⁴), sí desarrollan el contenido central de la sentencia de absolución y lo relevante de ello. *El País*, por su parte, destaca conceptos clave del fallo, como que la Corte “hizo hincapié en la importancia del secreto profesional, del respeto a los derechos de las mujeres que sufren un aborto, a la confidencialidad y al derecho a recibir un trato digno y libre de violencia” (Centenera, 28 de marzo de 2017).

Otra de las estrategias de ambas defensas fue convocar a un *amicus curiae*, especialmente en el Caso Belén. Durante el 2016, mientras la Corte Suprema provincial revisaba el caso, se presentó esta herramienta para intervenir en el proceso sin necesidad de formar parte actuante, con el objetivo de brindar un criterio jurídico a favor de la Justicia. Proveniente del latín, la noción “amigo del tribunal” implica a los “terceros ajenos a un litigio que voluntariamente ofrecen su opinión frente a algún punto de derecho u otro aspecto relacionado, para colaborar con el Tribunal en la resolución de la materia objeto del proceso” (Revista Jurídica, 2006). Ante lo sucedido a Belén, la alianza con organizaciones incluye el apoyo brindado en forma de *amicus* de las siguientes agrupaciones: ANDHES; la Asociación de Abogados de Buenos Aires; la Asociación Pensamiento Penal; Amnistía Internacional; CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales); CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres); ELA (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género); la CTA de los Trabajadores, entre otros. En esta línea, la acción cobra tal importancia que se organiza una conferencia de prensa con la participación de referentes nacionales e internacionales para explicar la relevancia del *amicus*.

A nivel local, en 2016 también se conformó la “Mesa Provincial para la Libertad de Belén”, que tenía como objetivos dar visibilidad al caso, acompañar las distintas acciones de

³⁴ No fue posible recuperar esta nota ya que se encuentra inhabilitado el portal de Télam, debido al cierre de este espacio llevado a cabo por el gobierno nacional a partir de diciembre de 2023.

la defensa de la mujer y reforzar la exigencia de liberación y anulación de su condena. Estuvo conformada por numerosas organizaciones feministas, políticas y sindicales, así como de periodistas, estudiantiles y distintos frentes. Las más de 40 agrupaciones parte se nuclearon en reuniones, realizaron conferencias de prensa para comunicar los avances del caso (Deza, 2016), en cada marcha se posicionaron tras una gran bandera que sostiene *#LibertadParaBelén* en letras muy grandes e incluso en algunas llevaron una máscara blanca como símbolo de que todas y cualquiera podría ser Belén (ver Anexo). Esto implicó la ocupación, no sólo del espacio público al acompañar las presentaciones judiciales de las abogadas, sino también el ingreso al ciberespacio con el uso de un *Hashtag*³⁵ que se haga eco de los pedidos de justicia. Este elemento además se convertiría en símbolo del caso Belén y generaría identidad y grupalidad en su apoyo.

La Mesa convocó a una marcha nacional para el día 12 de agosto de 2016, lo que repercutió directamente en la causa ya que luego de ello se liberó a Belén. Esto se debe a que, en paralelo, las estrategias siguieron ligadas a acciones legales y técnicas de la defensa. Contó con comunicadoras feministas y se reprodujeron comunicados con perspectiva de género. Además, se replicaron en diversos medios las palabras de la joven, es decir, se trató de poner en el foco a la narrativa de la persona víctima, sin que nadie hable por ella. Justamente ella relató a un medio nacional, de gran alcance como es *Página 12*, en primera persona, que deseaba “que ninguna otra mujer pase por lo mismo” (Carbajal, 01 de agosto de 2016).

La disputa se da cuando medios de relevancia nacional como La Nación expresan en su título «Amnistía Internacional pidió una "acción urgente" por la liberación de una joven condenada por "matar" a su bebé» (3 de mayo de 2016). El uso de las comillas en el original destaca el verbo matar lo que pone un manto de sospecha, sin embargo se elige voluntariamente no utilizar el enfoque de la víctima, que de su propia boca expresa que no sabía que estaba embarazada y que sufrió un aborto espontáneo.

Por el contrario, numerosas notas como las de *Página 12*, la gran mayoría de las veces están a cargo de la periodista especializada Mariana Carbajal, feminista, comunicadora formada en perspectiva de género y con gran trayectoria en el área, ponen el foco en el

³⁵ Palabras clave encabezadas por el símbolo numeral (#) “para visibilizar una determinada historia textual, audiovisual, fotográfica, algún producto de una empresa como también una denuncia ciudadana y otras opciones más” (<https://larepublica.pe/datos-lr/significado/2021/03/11/que-significa-hashtag-y-como-utilizarlos-en-redes-sociales-atmp>) .

sufrimiento de las mujeres ante las injusticias atravesadas e incluso entrevista a la joven Belén ella misma, con la intención de reproducir sus palabras y no hablar en su lugar.

En cambio, en lo sucedido a la niña Lucía las repercusiones fueron inclusive mayores y se abordó la temática con el terreno ya abonado por las experiencias anteriores de alianza entre la defensa y las comunicadoras.

El día 7 de febrero de 2019, un conocido portal de noticias de Tucumán, *Los Primeros* (plataforma digital del programa de televisión que se transmite por el histórico Canal 10, principal canal abierto de la provincia) en simultáneo por *LV12* (una de las emisoras radiales más antiguas y escuchadas) produjo la primera nota sobre el tema. Este es un medio de comunicación de los llamados *mainstream*, centrales, formador de agenda³⁶ y que carece de perspectiva de género. Es un espacio que por lo general se guía de las gacetillas de información de la policía tucumana y no está caracterizado por ser respetuoso de los Derechos Humanos en general (Mora Augier y Lorenzo Pisarello, 2022).

En la noticia mencionada, lo primero que llamaba la atención era su titular: «Tiene 11 años y habría sido abusada por el novio de su abuela: está embarazada». Además, fue incluida en la sección *Policiales*, no se hace hincapié en el hecho de que se trate de una niña y el foco estuvo puesto en el embarazo. Esta primera noticia brindó información sensible que permitía identificar a la niña, sus iniciales, el nombre de su madre, la localidad de donde provenían y el nombre completo del abusador. Pero, además, esta noticia omitió cualquier referencia a la preocupante problemática del embarazo infantil, del abuso o de los derechos que tenía la niña, como el acceso a la ILE.

Otro medio, el diario *La Gaceta* (principal diario de Tucumán), destacó elementos similares desde el encabezado: «Tiene 11 años y está embarazada: acusan al novio de su abuela de haberla violado» (7 de febrero de 2019). Aunque en este caso no se brindó la información privada y confidencial, nuevamente el título omite la palabra «niña», lo que podría agregar un fuerte impacto para quienes leen sobre lo que implica un embarazo en esa etapa de la vida.

³⁶ Precisamente, la agenda mediática consiste en destacar ciertos temas y omitir otros y, mediante ese mecanismo, instalar los asuntos que son percibidos como importantes por la opinión pública.

En esta instancia es necesario notar que ya toman conocimiento de este caso los medios más importantes a nivel nacional, como *Clarín*, *La Nación*, *Página 12*. De esta manera, el caso trasciende las fronteras de lo provincial y llega a difundirse y conocerse. Nuevamente quien muestra un enfoque más respetuoso por los derechos de las mujeres en este contexto de abuso sexual infantil es la periodista de *Página 12*, Mariana Carbajal, que publica una nota que obtiene mucha repercusión, titulada «La niña llora» (21 de febrero de 2019). En esa nota, se reproduce una frase literal, esta vez extraída de la historia clínica de la niña: “Quiero que me saquen esto que me puso adentro el viejo”, y explica que “a pesar de que dijo con claridad, a su modo, que quería abortar, el sistema de salud provincial, con el secretario de Salud Gustavo Vigliocco a la cabeza, puso en marcha un operativo antiderechos –en connivencia con una fiscal que intervino arbitrariamente– para burlarse de su voluntad y dejar que siga adelante la gestación.”

Esta noticia es una de las primeras en incorporar una perspectiva de derechos, a la vez que cita al Comité de Derechos del Niño y también contextualiza la problemática, acciones que muchas otras omiten realizar. Sin embargo, no explicita que la niña haya dado una entrevista o consensuado esta exposición, por lo que difundir información privada que pertenece a la historia clínica también se convierte en una vulneración de sus derechos. Si bien la periodista presentó una mirada que ciertamente colaboró con la concientización y sensibilización sobre lo que Lucía estaba atravesando, no deja de ser incorrecto reproducir prácticas que son violatorias del derecho a la intimidad (Mora Augier y Lorenzo Pisarello, 2022).

A partir de allí, se sucedieron numerosos artículos relacionados con el caso. Los medios locales como *La Gaceta*, de público amplio y difusión masiva, o *El Tucumano*, más orientado a la población joven, siguieron los distintos eventos del caso día a día, así como *Página 12* continúa haciéndolo a pesar de lo que destacamos previamente.

En Argentina, otros portales de noticias informaron la noticia como el caso de *A24*, *Minuto1*, *Diario Perfil*, *Ámbito*, *Telefe noticias* o *La Voz de Córdoba*. Por su parte, *Cosecha Roja*, *La Tinta*, *ANRed*, *La Vaca* o *Notas Periodismo Popular* pertenecen a un grupo de medios independientes, comunitarios y con enfoque popular y militante, por lo cual cubrieron esta noticia con un claro enfoque crítico de los responsables, en algunos casos haciendo hincapié en la figura del gobernador del momento, Juan Manzur, perteneciente al Partido

Justicialista tucumano, sus posiciones políticas y las restricciones y obstáculos vividos por la niña y su familia.

Pero, más allá de los distintos enfoques o elementos destacados, nos interesa mostrar con esta lista que son muchos los medios de comunicación que informaron sobre el caso y la gran repercusión que esto tuvo a nivel nacional.

Como ya adelantamos, numerosos medios nacionales e internacionales se hicieron eco de lo sucedido en ambos casos. Sin embargo, el de Lucía ocupó más espacio en medios de comunicación internacionales y tuvo mayor repercusión global. De esta manera, el diario *La Repubblica* de Italia tituló la nota como «Argentina niega el aborto a niña violada», en la que se desarrolló el hecho con sorpresa ante el incumplimiento de una ley que consideran, de por sí, “restrictiva”, además de que se lo calificó como “escándalo” (Mastrogiacomo, 01 de marzo de 2019). Se puso el foco en la responsabilidad pública ante el caso y en la privación de un derecho.

Por ejemplo, en el portal del periódico inglés *The Guardian* la noticia escrita por el periodista argentino Uki Goñi llevaba el título «Niña de 11 da a luz a bebé de su violador después de que Argentina dijera no al aborto» (01 de marzo de 2019) y a guiarnos por su antetítulo, *Derechos de las mujeres e igualdad de género*, el encuadre era muy diferente a lo que vimos en los medios locales. De manera similar, *Le Monde* de Francia en su título también hizo referencia al debate del aborto: «Argentine: une césarienne sur une enfant de 11 ans relance le débat sur l’avortement»/«Argentina: cesárea de niña de 11 años revive debate sobre aborto» (27 de febrero de 2019). Es decir, pusieron el foco en un marco más general donde estas situaciones tienen lugar, a pesar de haberse tratado de un aborto no punible en ese momento. Estos medios se concentraron en un contexto restrictivo que habilita un espacio en el que inclusive los derechos conquistados tienen el potencial de ser vulnerados. Cuando los periódicos se fijan en casos solamente en lugar de atender a la problemática que afecta a miles de personas, lo que logran es “cerrar el debate sobre la práctica social “aborto” y sus consecuencias, y restringirlo a los casos excepcionales que contempla el artículo 86 del Código Penal” (Mogaburo, 2013, p. 52).

Otros medios a nivel mundial que replicaron el caso con gran alarma fueron *El País* de España, o inclusive *The New York Times* de Estados Unidos, según el relevamiento realizado para esta tesis. La resonancia fue tal que inclusive *El Tucumano* (28 de febrero de 2019) reúne en una lista a los distintos portales que mostraron el caso:

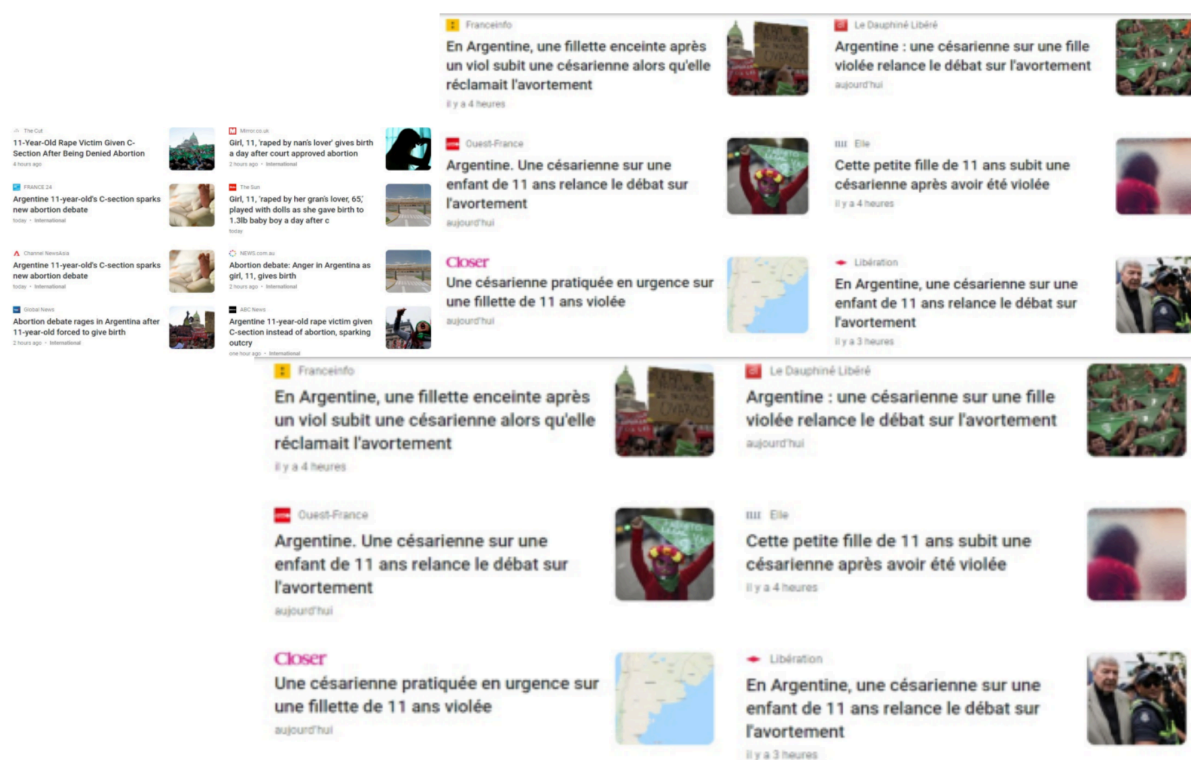


Imagen N° 5: Diarios del mundo reflejan lo sucedido a Lucía. Diario *El Tucumano*.

Posteriormente el diario *La Gaceta* hace la misma referencia acerca de las diferentes notas referidas al caso en medios globales, a los que se suman las cadenas *CNN*, *BBC*, *Fox*, *France 24* y los periódicos *Washington Post*, *Usa Today* o *The Times* de Londres (*La Gaceta*, 1 de marzo de 2019) o el posicionamiento de una actriz internacional sobre el tema («"Así es como se criminaliza el aborto", dijo una actriz de Hollywood sobre el caso de la niña violada en Tucumán») en referencia a la publicación en sus redes sociales de la estadounidense Maggie Gyllenhaal (*La Gaceta*, 1 de marzo de 2019). A pesar de replicar este posteo personal y describirlo, nuevamente desaprovechan este hecho para problematizar o informar sobre ILE o sobre la gravedad de un embarazo infantil o sobre abusos sexuales en la infancia. Sin embargo, nos permite observar la difusión y posicionamientos que hasta entonces estaba generando el caso de la niña Lucía.

Estos datos que hemos expuesto previamente sobre los medios de comunicación en ambos casos analizados nos posibilitan algunas conclusiones sobre las estrategias de las defensas técnicas. Especialmente en cuanto al Caso Lucía, podemos pensar que las alianzas

con comunicadoras con perspectiva de género o medios de comunicación interesados en mostrar la temática desde la narrativa de las personas afectadas parece haber dado resultados.

La trascendencia global lograda hizo tristemente célebre a la provincia de Tucumán y que la historia de Lucía traspasara fronteras nacionales y del continente. Inclusive promovió que las organizaciones que acompañaron el caso reclamaran en tribunales locales, pero también ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Allí se reiteraron y reforzaron las solicitudes por medidas de no repetición para que ninguna otra niña vuelva a tener que pasar por estas situaciones. En dicha ocasión, tanto la agrupación ANDHES como CLADEM y organizaciones de derecho de la niñez y la infancia sostuvieron un reclamo para que “la Argentina reconozca el embarazo infantil forzado como tortura y mayores compromisos del Estado a la hora de prevenir, sancionar y erradicar estas violencias que afectan gravemente los derechos de las niñas”. Es decir que enmarcarlo en la problemática específica le brinda la fortaleza del reclamo en el ámbito político y legislativo, además de la lucha en las calles. Dota de la fortaleza y el sostén que caracteriza a la lucha del activismo feminista

5. 3. ¿Qué tienen en común? Alianzas estratégicas, comunicación y posicionamiento de la voz protagonista

Cuando consultamos con una de las abogadas de la familia de Lucía sobre los paralelismos que observa entre los casos que estamos caracterizando, sostuvo que los profesionales de la salud muestran

un completo rechazo al aborto y una imposición de maternidad a todas las mujeres, sean niñas o sean grandes, adolescentes, adultas. Nos preguntamos cuáles es el rol del profesional de la salud en estos casos, porque si bien son casos diferentes, lo que generan [en el de Lucía] es obstaculizarlo y dilatarlo para que no exista el aborto y se termine convirtiendo en una maternidad forzada. Entonces, lo que se termina condenando en realidad es la no maternidad de la mujer. Lucía tenía todo el derecho a acceder a una ILE (Luciana Gramaglio, abogada. Informante Clave).

En adición a esto, la profesional agrega que el sistema público de salud, mediante estas maniobras, lo que está haciendo es enviar un mensaje a las mujeres tucumanas de que en esos

lugares no van a ser tratadas con respeto y que no podrán acceder a prácticas sanitarias amparadas por la ley. El sistema de salud les comunica, de cierta manera: "No cuenten conmigo". En definitiva, esto trae como consecuencia que las mujeres con poco capital tanto económico como cultural se inclinen a prácticas clandestinas, inseguras y probablemente letales para abortar.

Además, ambos casos pasaron del sistema de salud al sistema judicial, sin que esto repercutiese de ninguna manera en el ámbito del ejecutivo provincial. Las situaciones mencionadas sucedieron en un contexto previo a la legalización del aborto en Argentina, pero tienen una diferencia en lo político y social fundamental: el caso Belén sucedió antes y durante la movilización provocada por el *Ni Una Menos* en Argentina y sus diferentes expresiones a nivel global. La sensibilización despertada hacia estos casos cobra importancia a partir de 2015 y sigue creciendo a partir de allí. Es así que, cuando una defensa técnica feminista y con perspectiva de género asume la representación de Belén, en 2016, las acciones tendientes a lograr repercusión pública y mediática del caso aún son incipientes. Sin embargo, cuando se conoce lo sucedido a Lucía, las acciones del feminismo ya habían ocupado las calles, las casas y las escuelas, ya era la hora de la *Marea Verde*. Las nuevas generaciones tomaron el reclamo por el aborto, la libertad de decidir sobre los propios cuerpos, el respeto a la diversidad sexo-genérica, entre otros, como banderas propias.

Por otra parte, parecería despertar más indignación saber de una nena embarazada producto de una violación que la falta de escucha a la versión de un aborto espontáneo de una mujer adulta que ignoraba la gestación. En ambos casos aparece la moral religiosa subyacente donde se asientan las bases sobre las cuales algunos médicos y médicas objetan su conciencia, y otros consideran que deben denunciar policialmente los casos de abortos que consideran provocados.

Pero, además, estos casos comparten la estrategia mediante la cual se generaron alianzas con organizaciones de derechos humanos, nacionales e internacionales, y con periodistas locales y nacionales con perspectiva feminista y de género. Esto formó parte de una táctica específicamente pensada para tener el control de la narrativa del caso desde la voz y experiencia vivida por las personas vulneradas en sus derechos, al tiempo que buscaban exponer los argumentos de sus defensas fundamentados en el derecho y normativas legales.

En el caso de Lucía, una vez que la cesárea se concretó, los comunicadores continuaron vinculados a Lucía con dos objetivos: lograr una reparación integral para ella y su familia, y exigir al estado medidas de no repetición.

En este sentido, las organizaciones pensaron un espacio *ad hoc* de articulación donde confluyeron abogadas y abogados, pero también pedagogas, comunicadores y comunicadoras y militantes feministas para elaborar estrategias políticas, legales, comunicacionales y proponer las alianzas necesarias para poder llevar adelante un litigio estratégico. Es decir, se busca que sea un caso testigo de vulneración de derechos humanos a partir del cual el Estado tenga que corregir y mejorar sus políticas públicas. Por lo antedicho es que no se puede disociar la estrategia comunicacional de la estrategia jurídica ni de los objetivos planteados por las organizaciones.

Entre los lineamientos planeados se decidió construir una narrativa que permita interpretar el caso desde una perspectiva de DDHH, de género y de la niñez y mantener en la conversación pública el tema. En este sentido, fue vital la articulación de ANDHES y CLADEM con el Colectivo *Ni Una Menos* tucumano, pero también la participación de miles de personas que, a través de redes sociales, iniciaron campañas bajo el *hashtag* #NiñasNoMadres y #ALos11Años donde actrices y personalidades destacadas compartieron fotos de ellas a esa edad para visibilizar lo que estaba viviendo Lucía en Tucumán. Como vemos, se produjo una acción en el ciberespacio de manera muy similar a la que ya había convocado el caso de Belén.

Pero, además, se planteó intervenir y disputar el sentido común en una provincia con una fuerte impronta conservadora y con presencia de grupos militantes contra el derecho al aborto legal. Pensar y actuar desde las perspectivas de género y derechos humanos permitieron pensar al caso desde una problematización de lo naturalizado o invisibilizado. Así se definió darle un carácter local a la campaña internacional «Niñas no madres» y al concepto de «Embarazo infantil forzado es tortura», tomando el de Lucía como un caso paradigmático. Esos dos conceptos forman el nudo que articula toda la estrategia comunicativa.

El segundo aspecto a la estrategia comunicacional fue tener una activa política mediática dado por los y las especialistas en comunicación social trabajando en el caso. Se generó un grupo conformado por periodistas feministas y comunicadores para aportar a la causa y se estableció un diálogo permanente con periodistas que realizaban la cobertura a

nivel nacional. De esta forma las organizaciones sociales tomaron la palabra y desde la intervención quirúrgica a Lucía fueron quienes hablaron en nombre suyo por decisión de su familia.

A continuación, la madre de la niña habló públicamente por primera vez a través de un comunicado de prensa escrito en forma de crónica periodística (Lorenzo Pisarello, 2019). El texto, publicado en distintos medios del país de forma simultánea, fue previo a otra entrevista, esta vez televisada, en un programa que se emitió por la plataforma *La Gaceta Play*. Esto también fue decidido como parte de la estrategia comunicacional que sentar las bases de interpretación y acotar las posibilidades de ese medio, de marcado corte antiderechos y ligado al conservadurismo tradicional y empresarial de la provincia, para que no sacaran de contexto alguna de las frases de la mamá de la niña. A su vez, este testimonio fue realizado en un momento en que aumentaban las persecuciones judiciales contra los médicos que la llevaron a cabo, quienes irónicamente fueron acusados por «homicidio agravado».

En síntesis, los objetivos fueron tomar la palabra, construir la narrativa, mantener el tema activo en la conversación pública y direccionar la construcción simbólica del caso desde una perspectiva de derechos de las niñas y niños y de los derechos sexuales y (no) reproductivos. La gran notoriedad de los casos también destapó la ausencia y las fallas del Estado provincial y la gran necesidad de contar con comunicadores con perspectiva de género, que reconozcan la vulneración a los derechos de las mujeres y de las diversidades y que disputen un orden social que se pretende fijo e inmutable.

Pero, además, nos parece importante pensar que estas alianzas no hubieran sido posibles sin un contexto histórico y político que estaba teniendo lugar en Argentina, lo que hizo posible que estos temas pasen a la primera plana de algunos diarios y medios de comunicación, e incluso en la conversación cotidiana. Se trató de un trabajo solidario entre abogadas feministas, periodistas con perspectiva de género, los movimientos de derechos humanos y del feminismo tucumano y de Argentina, que recorren el camino forjado por las pioneras en la lucha por los derechos de las mujeres. La ocupación del espacio público debe reconocerse deudora de los derroteros de nuestras Madres y Abuelas de la Plaza de Mayo, y de la larga historia del feminismo argentino también.

Es gracias a la lucha llevada a cabo en diversos ámbitos que la construcción de un relato alternativo, que se salga de la centralidad propuesta por quienes detentan el poder en

los medios hegemónicos, puede alcanzar protagonismo en diversos los medios del país y del mundo para presentar una oposición, un relato alternativo que, en estos casos, implicaba oír a las protagonistas.

Los medios de comunicación poseen un importante rol en la construcción de sentido en nuestras sociedades y pueden colaborar fuertemente en la eliminación de las violencias simbólicas, reproducciones de estereotipos y para evitar el reforzamiento de prejuicios. Las representaciones sociales dominantes en los medios sin dudas se anclan en un sentido común que refuerza la idea de que las mujeres deben unir su vida inseparablemente a la maternidad, con lo que se estructura y se presenta ser madres como destino y no como deseo, negando así la posibilidad de elegir (Del Manzo, 2013). En el caso que sucedió a Lucía, los medios podrían haber reforzado la noción de que una niña embarazada es una niña que fue víctima de una cadena de violencias y que a las niñas las asisten y protegen diversos derechos.

5. 3. 1. Movilizaciones reactivas en la arena pública contra los derechos de las mujeres

Como ya vimos en el Capítulo 3, las marchas y campañas que ya se venían sucediendo en contra del aborto —en el contexto de la discusión en el Congreso en 2018— se suman ahora a otras acciones cuando sucede el caso de Lucía, con el objetivo de impedir que la niña acceda a un aborto. En una de las ocasiones, un grupo se reunió en la Plaza Independencia, ubicada en el centro de la capital tucumana que también es el centro social de la ciudad. Allí, con velas y pañuelos celestes, rezaron porque no se produjera la ILE, derecho al que Lucía estaba plenamente habilitada a acceder:

Por su parte, frente al mástil de la plaza, los militantes de pañuelos celestes **encendieron velas y rezaron en círculo para pedir que "se salven las dos vidas"**. Aseguraron, asimismo, que Tucumán **'no necesita ILE, sino políticas de prevención'** (negritas en el original. *El Tucumano*, 27 de febrero de 2019).

En la foto que ilustra la noticia se ve a algunas personas inclusive arrodilladas, a su vez que entre todas formaban un círculo alrededor de velas encendidas y en el suelo, una bandera argentina y una cruz hecha de tela celeste (ver Anexo). Esto estaba sucediendo al mismo tiempo que a Lucía le realizaban la intervención quirúrgica en el hospital y que distintas

agrupaciones feministas protestaban frente a la sede central del SIPROSA. Como explican Sánchez y Johnson (2020), estos grupos dicen proteger ciertos valores tradicionales como "la familia", lo que luego trasladan a la oposición a los derechos sexuales y reproductivos mediante acciones concretas como esta. Por lo tanto, esa noción de familia que conciben como la única que debería existir debe ser protegida para que no desaparezca y, junto con ella, también conllevan un modelo de sociedad que no abarque otras formas de familia.

Acciones tales estuvieron impulsadas y habilitadas por otras como la del arzobispo provincial, quien viralizó en un audio el verdadero nombre de la niña (*Notas Periodismo popular*, 28 de febrero de 2019), a pesar de que, como ya hemos visto, las abogadas y comunicadores de este caso buscaron cuidar y preservar la identidad, salud mental y dignidad de la víctima, evitando la exposición de su privacidad y posteriores revictimizaciones. Podemos pensar estas maniobras como orientadas a presionar en el sentido común y también en el personal médico para no realizar la ILE.

5. 4. Indicadores e impacto: detrás de cada número hay una persona

Si pensamos en la esfera local, es indispensable observar cómo impactan las políticas públicas en las usuarias potencialmente destinatarias de las mismas. Con un enfoque en el grupo de mujeres cis tucumanas exclusivamente y especialmente en edad fértil, en tanto estamos observando políticas de salud sexual, anticoncepción e IVE. En este sentido, tenemos en cuenta que en esta tesis no analizamos a las usuarias en tanto trabajo de campo, sino que intentaremos pensar en cómo repercutieron las distintas políticas a partir de analizar los números o indicadores existentes.

El informe anual del Plan ENIA de 2022 refleja que la provincia de Tucumán tiene un pico en 2019 de cantidad de adolescentes asesorados de manera individual, que llega a 15.714 personas de hasta 24 años. Luego, este número desciende considerablemente pero se mantiene bastante estable en 2021 y 2022, años en los que se asesoran entre 4.074 y 4.123 jóvenes respectivamente (Plan ENIA, 2023). Además, se dispensaron un total 26.995 LARCs (métodos anticonceptivos de larga duración por sus siglas en inglés) a adolescentes menores de 20 años, entre los que un 97,1% correspondió a implantes subdérmicos y solamente el 2,9% a DIU. Esta información se vincula con lo expresado en las entrevistas realizadas en

espacios de salud pública, en las cuales siempre surgió como método predominante el implante.

Se refleja en las entrevistadas para esta tesis que hacen referencia inmediata al implante como método por excelencia, especialmente en las personas más jóvenes y con el marco que le dio el Plan ENIA:

Sí creemos con los números hasta ahora, después de cuatro años del Plan Enia, que sí se ha disminuido el embarazo no intencional y que además el objetivo en los últimos dos años ha sido fundamentalmente las menores de 15. O sea disminuir el embarazo no intencional y obviamente los embarazos, los partos y todo lo demás en las menores de 15, se ha apuntado a eso. A ver, a las de 15, a las de 14 no le negás nunca un implante, las captás (**Ps 1-2021**).

Este testimonio es de una trabajadora del Programa provincial, que nos brinda un testimonio muy valioso sobre el trabajo “desde adentro”, con la intención de llegar a la mayor cantidad de usuarias posibles. También se apunta de manera directa a los implantes. Sin embargo, en la conversación también destacó la necesidad de mayor apoyo económico por parte del estado y se pone de relieve que sin el apoyo del Ministerio de la Nación, estos insumos no hubieran llegado de igual manera a la provincia.

Debemos tener en cuenta que ENIA toma como base de trabajo los datos, que indicaban, por ejemplo, que 47.630 adolescentes tuvieron un hijo/o en 2021. Sumado a esto, siete de cada diez adolescentes no había planificado ese embarazo y en los casos de menores de 15 años se asciende a ocho de cada diez. Se adiciona que muchos de los embarazos señalados provienen de situaciones de abuso y violencia sexual (Plan ENIA, 2023).

Según los indicadores del Plan, en el período de 2017 a 2022, la tasa de fecundidad de adolescentes de 13 a 17 años se redujo en un 58% y la tasa de fecundidad de niñas de 10 a 12 años en un 67%, esto es, durante el periodo de creación y puesta en funcionamiento.

De hecho, estas edades fueron consideradas como prioritarias del Plan ENIA por dos razones: por un lado, a causa de la gravedad y magnitud de los embarazos que son producto de abusos sexuales en la Argentina; y por el otro, porque esta problemática no siempre está contemplada en los protocolos existentes en las provincias en donde se está implementando el Plan ENIA. En este marco se aplicaba dicho Plan en Tucumán, debido a que en la región NOA era una de las que mayor incidencia de embarazos no intencionales en la adolescencia

presentaba. Los indicadores señalan que ENIA redujo en un 50% los embarazos adolescentes, redujo en un 57% la tasa de fecundidad de niñas de 10 a 14 años en situaciones ligadas a abusos sexuales en el entorno familiar y contribuyó a prevenir los abusos y la violencia sexual en la infancia y adolescencia (Romero et al., 2024, p. 10).

Una de las entrevistadas fue la psicóloga del CIC Los Jacarandás, que como vimos sostiene un espacio de consejerías en salud sexual tanto grupales como individuales que ya son una fuerte impronta del servicio de salud. La entrevistada nos explica el rol que tuvo el Plan para su área de cobertura:

Las de Salud mental también hacemos las Consejería de SS y se articula con el Plan ENIA, que son las que vienen a colocar los implantes subdérmicos, que es lo que más se pide. Las adolescentes, dentro de los métodos AC, lo que más piden es el implante, entonces articulamos con el Plan. El sistema de salud nos da este dispositivo pero en poquita cantidad, entonces suplementamos con el recurso que nos puede traer el ENIA (Ps 4-2023).

En su narrativa surge de manera espontánea la referencia a la poca solicitud que existe de otros métodos anticonceptivos, al menos en su comunidad, y es uno más de los tantos casos que han expuesto la importancia que tuvo ENIA para cubrir una práctica que, quizás de otro modo, no hubieran podido. En una de las actividades convocadas por el Servicio de Salud mental mencionado, las psicólogas en conjunto con la Agente sociosanitario, convocaron a una reunión de la que participamos durante el trabajo de campo. La convocatoria llamaba a mujeres que se hubieran colocado el implante y pertenecieran a la comunidad del CIC, para acudir a conversar sobre su experiencia con el método.



Imagen N° 6: Invitación a participar, enviada vía *Whatsapp*.

A pesar de que en principio a la convocatoria la realizaron en un amplio grupo, mediante mensajes de *WhatsApp* porque tienen registradas a las usuarias, solamente acudió una joven. Estuvimos presentes en la entrevista con la psicóloga del CIC y pudimos conocer su experiencia con el implante, el primer método anticonceptivo que esta joven de 22 años había usado en su vida.

La experiencia de esta usuaria es la única que pudimos registrar (mediante anotaciones manuales ya que no solicitamos grabarla por tratarse de una conversación en el marco de una asesoría de salud sexual), pero nos brinda algunos datos de interés para la investigación. Al tener a su bebé, tres años antes, en la Maternidad de la Capital tucumana, ella solicitó el implante y se lo colocaron allí por primera vez, pero supo del método por una amiga que lo usaba. Antes de ello no se cuidaba con nada.

En la entrevista llevaba muy pocos meses con el segundo implante, ya que el anterior ya se había vencido. Esta había sido su primera situación de atención a su salud sexual y (no) reproductiva, porque, a pesar de haber tenido una hija, no se había realizado ningún control ginecológico (Pap o colposcopia) y acudía al CIC en el que estábamos solamente por los controles pediátricos de su bebé.

En el mismo servicio de salud trabaja una agente sociosanitaria hace casi 11 años, y en su labor se destaca justamente la articulación entre la comunidad y el centro de salud:

A lo del consultorio o la Consejería en salud sexual creo que nosotros, como nuestra profesión es específica, nos hemos tenido que empapar de información, porque hay que dar una respuesta. A las mujeres hay que darles una respuesta. Al ser el personal de salud esencial, llegamos al barrio y somos el nexo, son las personas las que nos preguntan, entonces tenemos que dar una respuesta (**ASS 2**).

En la entrevista también surgió una problemática que se repite en otras narrativas, que es la de la falta de personal médico de la especialidad ginecología. Por lo tanto, el trabajo con las licenciadas en obstetricia, o las psicólogas del servicio de Salud Mental, se organiza y articula con las agentes sociosanitarias para llegar a la comunidad, recibir las consultas y poder orientarlas. Además, el trabajo de las y los agentes reviste una gran importancia porque pertenecen a la comunidad, conocen el territorio y orientan a las personas de todas las edades y en todas las etapas de sus vidas, por lo que conocen a casi todas, si no a todas, las familias de su área de cobertura.

Sin embargo, y a pesar de reconocer la importancia del trabajo con las técnicas del Plan ENIA, la agente del CIC Los Jacarandás fue muy crítica con respecto a esta política:

Hay una paciente que me decía “mi mamá me obligó a ponerme el implante. Ahora yo elijo tomar píldoras”. Quizás no lo veía cuando era chica, pero ahora puede elegir ella y no ha tenido otros hijos. A eso lo hemos charlado con ella, para que tampoco tenga como negativo la elección de la madre. Eso yo rescato de todos estos años, lo que noto que las mujeres están empoderadas, que pueden elegir, que cuando piensan en tener relaciones sexuales se acercan y preguntan sobre el implante. Me resuena un poco esto de que sean tan chicas, 12, 13 años...

E: ¿Y cómo lo vivís a eso?

Es como que a veces me replanteo si estamos trabajando bien con ese grupo de chicas, ese grupo etario tan chiquitas. Me ha impactado en el último operativo, una adolescente de 13 años, después del taller en que se explicó todo... Ella tenía idea sobre el implante y cuando subió a la camilla, se subió con su peluche. Dijo “Esperá, esperá”, sacó el peluche de la mochila y subió con el peluche a la camilla. Eso me mató. Porque ella elige no embarazarse y no tener sus hijos, la planificación, pero bueno, hasta qué punto estamos haciendo bien nosotros (ASS 2-2023).

En esta conversación emergen dos cuestiones que también tuvieron lugar en charlas informales, antes o después de grabar la entrevista. Por un lado, aparece la presencia de madres que acuden para que a sus hijas les apliquen el implante, y muchas veces esto aparece por miedo o de manera preventiva, a pesar de que algunas veces las adolescentes ni siquiera han empezado a tener relaciones sexuales.

Por su parte, lo que inquieta a la agente es la edad tan temprana en que algunas niñas o adolescentes acuden a los operativos de colocación de implantes y que, a pesar de haber explicado previamente, le quedan dudas de si realmente las jóvenes han entendido la implicancia de este método. Surge la pregunta hacia adentro del equipo sobre la madurez alcanzada por algunas niñas tan chicas como para comprender lo que están aceptando en su cuerpo. Su alarma movilizó una autocrítica sobre si están informando bien a las mujeres tan jóvenes sobre el método, sus beneficios y sus riesgos, e inclusive sobre lo que implican las relaciones sexuales en sí o sobre la salud de la mujer en general. A causa de esto es que, junto a la psicóloga, han ideado estos espacios de conversación y seguimiento post colocación del

implante, para continuar la conversación con las usuarias de su área de cobertura y conocer cómo viven la experiencia del implante.

Esta propuesta de acompañamiento y conversación durante el período del implante estaba recién en sus inicios, por lo cual había acudido solo una de las usuarias a la reunión antes descripta. Sin embargo, las experiencias territoriales observadas demuestran que muchas de ellas toman tiempo para afianzarse y un trabajo sostenido y en el tiempo junto a la comunidad que rodea y es beneficiaria del CIC.

A partir de la legalización del aborto, y según la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, desde la legalización del aborto y hasta septiembre de 2022 se habían realizado unas 133.000 IVE en el sector público según las que estaban informadas: 73.487 durante el 2021 y 59.267 entre enero y septiembre de 2022. De ese total, Tucumán presentaba una tasa de un 17,2‰ (por mil), según la cantidad de mujeres en edad fértil: un 9,4‰ durante 2021 y un 8,2‰ de enero a septiembre de 2022, números superados por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tuvo una tasa de un 21‰ (11,7‰ y 9,3‰) (Pérez Cerimele, 03 de enero de 2023).

Es decir, 133.000 personas beneficiadas con una política pública largamente esperada a la vez que relativamente reciente en el período señalado. En Tucumán, según la misma base de datos, se registraron 3.613 IVEs llevadas a cabo en 2022. En la misma fecha se mostraba un total de 25 efectores que realizan interrupciones de embarazo en la provincia (ImplementAR IVE/ILE, 2022) y, si bien no accedimos fehacientemente al número del total de efectores que trabajaban en ese momento en el sistema de salud, nos llama la atención que sobre los más de 300 centros sanitarios que existen se contaba con tan solo 25 profesionales para la práctica, al menos en ese período.

En 2020 había un total de 5.229 profesionales médicos y médicas en la provincia de Tucumán, según la base de datos del Monitoreo para el Análisis y Planificación de Acciones (M. A. P. A. de fuerza de trabajo en salud. Enfermería, medicina y especialidades médicas, 2023). De este total tenemos que tener en cuenta que no solamente quienes sean especialistas en ginecología pueden recetar la medicación para abortar, pueden hacerlo también generalistas y pediatras, así como informar, asesorar y dar consejería sobre salud sexual y reproductiva (Schufer et al., 2006). En 2023 el padrón muestra un total de 4.703 profesionales

de medicina matriculados y matriculadas en Tucumán, en base a los datos de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud y el sistema SISA (M. A. P. A., 2023). También con respecto a IVE, Chaco, Santiago del Estero y Tucumán presentan las cifras más bajas de efectores públicos que proveen IVE/ILE, a pesar de que en el año 2023 el gobierno nacional haya repartido un total de 166.164 tratamientos para el aborto con medicamentos a todas las jurisdicciones (Romero et al., 2024).

Es decir que, si bien los datos no son del mismo año, nos permite tener una visión de aproximadamente 25 efectores que aseguraban IVE/ILE en 2022, un número muy bajo si lo pensamos en relación a más un total de profesionales que va entre los 4.700 y los 5.000. A su vez, refuerzan lo que indican las entrevistas, en las que continuamente surge la inquietud de los pocos profesionales que existen por zona y las fallas en la distribución de efectores en relación al territorio total.

La situación previa a la legalización del aborto estaba caracterizada por la falta o subregistro de la práctica legal o por causales que implicaba la ILE en el sistema sanitario, el desconocimiento de la normativa existente y los canales confusos o directamente nulos para que las usuarias lleguen a dar con esa información (Aizenberg, et al., 2023; Szulik y Zamberlin, 2020). Esto implicó como correlato el desconocimiento de lo que estaba sucediendo, que pudo ser contrarrestada por el trabajo de los activismos como el *Socorrismo*, que acompañó abortos de manera mancomunada con el sistema público de salud para asegurar la práctica (Burton, 2017; Aizenberg, et al., 2023).

Algunos estudios revelan que en las zonas de Centro y NOA de Argentina —espacios poco estudiados en general con respecto a la percepción de las mujeres sobre el acceso al aborto— un 57,1% de las personas encuestadas sostienen que acceder a una interrupción de un embarazo sería muy difícil o difícil (Aizenberg, et al., 2023).

Estos datos que incluimos más arriba puestos en diálogo con los testimonios de las entrevistadas brindan observaciones interesantes. Lo sucedido en el Caso Lucía en el sistema público de Tucumán dejó fuertes huellas, especialmente para el área de la salud sexual. Este suceso y la presencia del Plan ENIA dieron mayor importancia a las acciones de concientización, entrega de anticoncepción y consejerías en el territorio de la provincia:

En Tucumán, en líneas generales, hay un antes y un después del Caso Lucía y eso es importante marcarlo, de manera positiva. El post-Lucía es positivo. Todos

sabemos el horror que ha sido, lo que ha sufrido, el espanto. Pero después del Caso Lucía viene una sensibilización muy grande en todo el sistema de salud, no solo en la población en general, sino en el sistema de salud sobre lo que significa un embarazo forzado y la falta de acceso a una interrupción como era en ese momento legal. Bueno, ahora también sería una interrupción legal.

Es un antes y un después. Por qué digo esto, porque hemos pasado de un año de 20 Ile a 80, a 700 y a 4000. Ha sido exponencial. Por supuesto que ha crecido mucho más ahora porque hay ley. Para mí hay dos hitos en Tucumán, que son el Caso Lucía y la promulgación de la ley, porque pasamos entre el caso Lucía y ese año, porque fue en febrero de 2019... Y ese año hemos pasado de 20 a 80. O sea, cuatro veces. De 80 hemos pasado a 700, en el 2020. Y en el 2021, *de 700 a 4000* (Ps 1-2021).

Nuevamente las palabras son de la trabajadora del Programa provincial, en las que ciertamente se refleja el cambio producido a partir de la legalización: estamos ante un aumento del 471% de casos en un año, siempre teniendo en cuenta que se trata de los abortos registrados en el sistema público. Sin embargo, como vimos en otros testimonios de personas que trabajaban en este subsector al momento de las entrevistas, posteriormente a 2020 pocos profesionales aseguraban la práctica y, por ende, pocos espacios adonde acudir para las usuarias.

Algunas de las entrevistas narraron cómo se vive el ingreso de las usuarias al sistema público:

E: Entonces ¿cómo es tu reacción cuando llega una paciente y te solicita una interrupción?

Bueno, cuando sale la ley... En el área operativa hay 11 servicios. *De los 11 servicios, la única efectora soy yo. Efectora en cuanto a la que les entrega la medicación para que hagan la interrupción voluntaria.*

Cuando se me propuso sentí que me ponían una mochila así como muy pesada. Yo decía ¿por qué no repartimos las cargas? ¿Por qué cada servicio no tiene su efector? Yo ya iba a empezar a armar, y dije no, no me tengo que meter. Pero también puse un límite. (G3-2023).

Lo que relata esta médica ginecóloga es una muestra de lo que pueden estar atravesando muchas otras, que en diversos casos se sobrecargan o cubren áreas muy grandes para una sola profesional. Además, aparecen en las entrevistas la falta de especialistas en ginecología, un emergente del trabajo de campo del año 2023 con el que no esperábamos encontrarnos. Esto se suma a las problemáticas ya existentes, porque las usuarias del sistema no podrán acceder a interrupciones del embarazo, pero tampoco a ninguna de las otras atenciones de su salud sexual y reproductiva si no encuentran un turno en un centro de atención accesible para ellas:

E: Pero estamos hablando que los 11 servicios tienen su ginecólogo o ginecóloga...

G3-2023: No. El problema es ese también. De los 11 servicios, puedo decirte que cuatro tienen ginecólogo y el resto están cubiertos por obstétricas, las cuales no pueden hacer de efectoras. No por una convicción, o sea nadie se los preguntó, porque para ser efectora tenés que ser médico diplomado, dice la ley.

Pero supongamos que no sean ginecólogos, podrían ser médicos generalistas y entonces se hubiera tenido que trabajar con cada servicio para ver si allí encontraban un efector.

Entonces hemos ideado una manera, porque cuando surgió esto, yo hablé con la referente de Psicología de la área y le dije “Yo a esto sola, no.” Tengo un apoyo muy fuerte de la psicóloga del área y, trabajando con la psicóloga de la Dirección de salud sexual de acá de Tucumán, hemos ideado la manera de que sea eficiente para la persona que solicite una IVE. Entonces cada servicio lo que tiene que hacer, ante una persona que consulta por una IVE, es llamar a un celular, que puede ser el 0800 o puede ser una línea que tiene Salud Sexual acá en la provincia.

La paciente se contacta, solicita, y de esa manera nos parece un poco menos expulsivo porque, cuando llegan a la mesa de entrada, no todas son capaces de expresar qué es la consulta que solicitan. Entonces esta manera nos pareció más eficiente.

E: Y esa manera, ¿está comunicada a la población de, por ejemplo, tu policlínica? ¿Cómo saben?

G3-2023: Sí. Hemos puesto afiches, ya no están. Pero ahora a fin de año hice una

reunión de nuevo con la psicólogas y les dije “hay que seguir sensibilizando”, porque hay una de las psicólogas que lo que hace es sensibilizar al personal de salud sobre todo, haciéndole entender que es una obligación nuestra como agentes de salud ofrecer asesoramiento. Porque *asesorar* [pone énfasis] no es entregar el medicamento. Entonces dar un teléfono es una información sencilla: si la paciente llega y te solicita algo de esto, vos le ofrecés este teléfono.

En esta entrevista aparece nuevamente la problemática de la exposición de la información, de cómo acceden las personas a ese número telefónico y cómo entran en conocimiento tanto de que la práctica existe, como de la normativa y de que pueden acceder a ella. Sin embargo, son recurrentes las referencias al trabajo de “sensibilizar al personal de salud” pero desde adentro del mismo servicio, es decir, sin capacitaciones o un trabajo que provenga de manera más general desde el Ministerio. Se renueva también la mención al teléfono tanto 0800 del Ministerio de Salud de Nación como al celular que pertenece al Programa de la provincia, y que parecen ser la respuesta a que las usuarias no se sientan expulsadas o, mejor dicho, expuestas si se dirigen primero de manera presencial a solicitar un turno.

A pesar de la extensión del fragmento citado nos pareció importante ya que en este caso se trata de una médica ginecóloga que abarca un total de 11 servicios de su zona, pero que solo meses después de esta entrevista iba a jubilarse. Esto nos despierta la pregunta de quién o cómo serán atendidas las usuarias luego de que esto ocurra, y de qué manera trabajarán los servicios ante esta ausencia.

El trabajo que cubrió el Plan ENIA fue de gran importancia para algunas provincias como el caso de Tucumán, ya que llegó para cubrir las faltas que desde el gobierno provincial no se tenían en cuenta como prioritarias. La trabajadora del Programa provincial expresa que anteriormente debía realizar la carga nominal de los implantes, ya que cada usuaria queda registrada. Esta actividad pasa a ser suplida por los y las trabajadoras de ENIA

Ahora con ENIA eso ha mejorado, porque han puesto gente específica digamos para la parte monitoreo, lo que se llama monitoreo. Yo antes cargaba implantes porque no había otra, tenías que rendir cuentas a Buenos Aires, entonces cargábamos IVE, cargábamos implantes. Ya no. Pero bueno, todo eso forma parte de lo complejo de la política pública (**Ps 1-2021**).

Este testimonio nos parece ilustrativo de cómo están repartidas las prioridades para el gobierno de Tucumán y qué se considera importante, teniendo en cuenta que durante toda nuestra investigación se mantuvieron como parte del Programa provincial solamente tres trabajadores a cargo de las acciones de la salud sexual y (no) reproductiva de toda una provincia. Si bien el Programa no presta tareas asistenciales, no hay que perder de vista que es el responsable de asegurar la equitativa distribución de los insumos, registrar las IVE/ILE, prestar capacitaciones, distribuir material informativo y de campañas, entre muchas otras, y que esas también son acciones que repercuten directa o indirectamente en cómo llega la política pública desde el papel a la vida concreta de las usuarias.

Conclusiones

Este capítulo destaca la relevancia de lo sucedido a Belén y a Lucía qué bases tiene el sistema público de salud para ofrecer a las mujeres y a las niñas. Asimismo, nos permitió conocer el trabajo coordinado y estratégico entre abogadas feministas en sus defensas, expertos y expertas en comunicación y los movimientos sociales de la provincia. Estos casos también revelan la importancia de contar con periodismo con perspectiva de género en todos los medios de comunicación, para disputar el orden que se pretende fijo y establecido, y para que la agenda feminista tenga espacio y la voz de las protagonistas pase al frente. La alianza estratégica entre los medios de comunicación en casos como éste permite observar de qué manera los medios pueden colaborar a legitimar ciertos discursos sociales y ubicar en la agenda los procesos de cambio que están teniendo lugar en las complejas sociedades actuales, con un encuadre que sea acorde a las demandas del movimiento feminista y respetuoso de los derechos humanos.

En el marco de esta investigación son estos casos los que se presentan como paradigmáticos de muchas otras situaciones que pueden estar sucediendo hacia adentro de los centros sanitarios, que no tuvieron la misma divulgación o que terminaron de otras maneras; en el mejor de los casos, sin llegar a tales extremos de violencia y vulneraciones a derechos.

Los casos de Belén y de Lucía nos muestran las condiciones de posibilidad para las mujeres tucumanas pobres, que acuden al sistema público de salud en situaciones muchas veces límites, pero no solamente antes de la legalización del aborto. Nos abren los interrogantes de cómo han cambiado la atención en salud sexual, la concreción de esta

práctica médica o los prejuicios sobre personas que acuden con abortos en curso o sufren abortos espontáneos durante su atención sanitaria. Si tenemos en cuenta los testimonios de las personas entrevistadas para esta tesis, hasta el año en que realizamos el trabajo de campo, en 2023, eran escasas las capacitaciones recibidas por el personal de salud.

Además, tenemos testimonios sobre directores de hospitales que aún mostraban mucha resistencia a promocionar la práctica de la IVE-ILE, sin posibilidad de que las personas que acudan al sistema de salud sepan qué pueden encontrar en la oferta de salud sexual.

A pesar de que la investigación de campo para esta tesis ya estaba concluida, en enero de 2025 tuvimos conocimiento por los medios de comunicación del caso de una joven de 18 años que tuvo un evento obstétrico en el baño de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Famaillá, a 35 kms al sur de San Miguel de Tucumán. La mujer está imputada con la misma carátula con la que previamente inculparon y condenaron a Belén, luego de atravesar una emergencia obstétrica dentro del hospital, al que fue a buscar atención porque tenía fuertes dolores y la medicaron por un diagnóstico de lumbalgia. Además, esto sucedió a pesar de las palabras de la acusada, que dijo pensar que estaba embarazada de muy poco tiempo de gestación (Carbajal, 06 de enero de 2025). La información es escasa y poco clara, y son múltiples las circunstancias que pueden haber afectado a la joven en ese momento (en la nota se relata que proviene de un hogar muy pobre y, a pesar de haber terminado sus estudios primarios solamente, la joven no sabe leer), pero nos hace preguntarnos por qué se piensa en la hipótesis de asesinato primero, y no en la posibilidad de un aborto espontáneo o un parto repentino.

Las bases necesarias para hablar de no obstaculización tienen que estar dadas también en lo material, en los recursos humanos y en los simbólicos (Cena, 2022), no solamente en la existencia de leyes. En estos contextos nos preguntamos, ¿realmente han dejado de suceder los casos como el de Belén? ¿Se cumplió el deseo de la joven que, en una entrevista al diario *Página 12*, expresó que le gustaría “que ninguna otra mujer pase por lo mismo” que ella?). ¿Qué sucedería si en la provincia de Tucumán acudiera nuevamente una niña de 11 años a un hospital por un embarazo infantil, donde todo el personal médico se declara objetor de conciencia? En una provincia que otorga tal importancia a la salud sexual y (no) reproductiva que solo tiene tres trabajadores en su Programa, que no asegura que grandes extensiones territoriales del área centro estén cubiertas por un efector que asegure IVE/ILE, ¿cuál es el

lugar que ocupan los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las mujeres tucumanas?

CONCLUSIONES

*Aullar y seguir aullando para asegurar que nos oigan, aulló, poseída por el barro.
Que nuestro aullido no sea ingrátido, que no sea a la luna, río, majadera. Que sea
un rugido en esta tierra. Para que sepan que seguimos aquí, que seguiremos, siguió,
en el fervor de su arenga. Ya no permitiremos que nos hagan desaparecer.*

Coloquio de las Quiltras

Lina Meruane

Si la red es invisible, ¿cómo dar con ella?

Esta tesis se centró en el sistema de salud público de Tucumán, emplazada en la región noroeste del país. Nos propusimos profundizar en el conocimiento de la provincia y la situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres cis en el marco de la falta de estudios en profundidad desde el ámbito académico. Las perspectivas analizadas especialmente fueron las de los y las profesionales de la salud pública, sumadas a material periodístico de relevancia, textos de leyes, normativas y discusiones parlamentarias, todo lo cual enriqueció el estudio y nos permitió tener una visión de conjunto sobre las particularidades de esta provincia.

Quizás es un área que no está marcada por la urgencia de la ambulancia y las luces que, en medio del tránsito, corren por salvar vidas, como la imagen que encabeza esta tesis intenta reflejar. Pero eso no significa que se trate de un aspecto menos importante en la vida de las personas. Por el contrario, hemos visto que cuando se trata de la sexualidad y la reproducción, muy especialmente de las mujeres, es innegable que entran en escena numerosos actores sociales y políticos, instituciones, particulares, con discursos y materialidades que atraen los focos hacia estos temas y sus distintas problemáticas. Propusimos que, para continuar el camino recorrido por quienes nos precedieron y trazaron el linaje de este campo de estudios, hablar de *gobernanza sexual* permite profundizar en la separación de salud sexual y reproducción, entre mujeres cis y el destino de la maternidad. Posibilita continuar por este derrotero y poner el foco en los numerosos elementos que aparecen cuando la sexualidad y sus mandatos culturalmente arraigados son cuestionados y se movilizan sus cimientos.

Cada uno de los capítulos refleja un nivel de análisis de la salud sexual y (no) reproductiva en escalas, desde lo global, pasando por las leyes nacionales para arribar al caso local, a sus políticas públicas y a las personas que finalmente son destinatarias.

En el primer capítulo caracterizamos la provincia y a los puntos más destacados que hacen a su conformación política, histórica y cultural, con especial énfasis en el sistema de salud, por un lado, y en los movimientos y activismos feministas con presencia en la provincia, por el otro. Esto se debió a que el problema de esta investigación anuda en ambos ejes: la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres tucumanas que acuden al sistema público sanitario y encuentran a veces obstáculos, y a veces redes de compañía y profesionales y activistas que alojan los pedidos de atención.

En el Capítulo 2 abordamos los conceptos centrales de esta tesis desde una perspectiva de problematización de algunas nociones que todavía se presentan como confusas. Aquí buscamos ocuparnos tanto de ciudadanía como de autonomía, conceptos que permiten pensar a su vez en el marco de garantías para los derechos humanos. Los derechos sexuales y (no) reproductivos permitirían escindir la reproducción y la sexualidad, términos que culturalmente se han entrelazado y fueron reproducidos por las instituciones y sus actores políticos, junto a las ideas que circulan en la sociedad. A causa de esto, el concepto de la *gobernanza reproductiva* nos permitió dejar expuestas las redes y tramas que desde lo global aparecen cuando la sexualidad, la reproducción y la libertad de decisión son reconocidas como derechos.

Este concepto nos facilitó el hilo para guiar nuestra exposición, y comenzar por mirar lo que sucede “desde arriba”, en palabras de El Kotni y Singer (2019) para arribar primero al caso nacional y las particularidades de la discusión de dos leyes en Argentina, y luego al caso local de Tucumán.

Al tercer capítulo lo orientamos hacia un análisis del espacio donde se ubican las ideas. En las leyes y normativas nacionales aparecen reflejados algunos procesos y discusiones que tienen lugar en la vida cotidiana, así como dentro del debate parlamentario. Son formas de ver el mundo y concepciones de sociedad que luego traen aparejadas reglamentaciones según las cuales las personas van a moverse, relacionarse y elegir. Ya sea en cuanto a la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable como a la legalización de la IVE en Argentina, estamos ante dos eventos de suma importancia para la concreción de la libertad de elegir. Son hechos que conllevan el reconocimiento de esos derechos sexuales y (no) reproductivos que

fueron nombrados en las Conferencias Internacionales y que a partir de 2002 y 2020 (así como en otras leyes en el transcurso) son tomados como responsabilidad del Estado.

Entre la lectura y análisis de los argumentos a favor o discursos en contra en lo parlamentario, arribamos al cuarto capítulo, que tuvo como foco a las palabras de los y las profesionales de la salud. En este apartado intentamos reflejar la concreción de esas letras de las leyes y la forma que adoptan las políticas públicas, actualizadas en la provincia de Tucumán. Es donde trabajadores de la salud ponen cara, cuerpo y voz al Estado, reciben a las mujeres usuarias que acuden por prácticas sanitarias de sexualidad o reproductivas y responden a ello de diferentes maneras.

Este capítulo comenzó a develar que, a pesar del derrotero y de los reclamos continuamente realizados por el movimiento de mujeres y los feminismos, en Tucumán todavía siguen concretándose de manera artesanal y voluntariosa las prácticas de salud sexual y (no) reproductivas aquí analizadas. Tanto los espacios de salud pública como los testimonios de sus trabajadoras dejan expuestas las ausencias de ese Estado provincial, de una u otra manera. Es ese Estado, encarnado en sus gobernantes y funcionarios, quien, inactivo en muchos espacios, finalmente *descansa tranquilo* en la tarea llevada a cabo por las profesionales en articulación con los activismos en información, suministro y acompañamiento de mujeres que requieren cuidados para abortar.

Finalmente, el Capítulo 5 nos mostró la cara más cruda de la vulneración de derechos y su efecto concreto en la vida de las mujeres. Belén y Lucía, como muchas veces sostenían los carteles y los lemas en las marchas en su defensa, somos todas. Podríamos ser todas. Sus experiencias exhiben qué condiciones de posibilidad encuentran las mujeres tucumanas, pero en especial las mujeres pobres, cuando solicitan en el sistema público una práctica de cuidado, acompañamiento o intervención de salud no reproductiva. El disciplinamiento fue vivido en sus propios cuerpos, cuando la política también toma sus formas, como lo indicaba Fassin (2018).

Esta tesis surgió también con el objetivo de colaborar a mejorar las políticas públicas existentes, de que se efectivicen de manera transversal e íntegra, no parcialmente. Consideramos que el sistema de salud provincial ya cuenta con los recursos físicos y edilicios, así como con el personal preparado para la atención de las personas, por lo cual sería deseable que incorpore la forma de trabajar en redes y lo convierta en una política institucionalizada. La labor llevada a cabo por numerosas profesionales sanitarias, y que

funciona gracias a mucho tiempo invertido aun fuera del ámbito laboral, da resultados porque funciona de manera articulada dentro de instituciones que no siempre acompañan ese esfuerzo. Una muestra de ello es el funcionamiento cooperativo e integral del Consultorio de Salud Integral, espacio sanitario del Socorrismo con presencia en muy pocas provincias y con una atención respetuosa e interdisciplinar focalizada en los derechos de las personas, pero limitado a quienes tienen el capital económico para acceder. El sistema público de salud local, luego de haber sufrido numerosos embates, cuenta con los diferentes recursos si hubiera voluntad política para concretarlo. Creemos que la decisión política interviene notablemente al destinar determinados recursos económicos a la salud sexual, así como tiempo dedicado a ello, y esto se vio reflejado en la carencia, ante la escasez de profesionales efectores para IVE, por ejemplo.

Otro punto a destacar es el estado laboral en el que se encuentran muchos profesionales de la salud, con bajos sueldos, jornadas extensas y condiciones muchas veces precarias. La experiencia del Plan ENIA ha demostrado ser necesaria pero también la precariedad y fragilidad en la que algunos programas se implementan por parte de los estados. Esta política pública sigue estando a merced de la voluntad y laboriosidad extra institucionales. Dar el celular privado, llevar el *misoprostol* en la mochila, trabajar a deshora o *a pulmón*, así como su contracara, llegar a una guardia de un hospital y tener la suerte de que en ese turno se encuentre una profesional que no juzgue nuestras decisiones ni nos denuncie, son algunas de las situaciones recurrentes, mas no excepcionales. No dejaron de suceder a pesar de contar con los instrumentos legales.

Tampoco dejaron de suceder las sospechas y prejuicios sobre las mujeres que acuden a la atención sanitaria con eventos obstétricos como abortos en curso. La separación entre un aborto espontáneo y un aborto provocado no parecen tener diferencia en el sistema de salud tucumano, como si se estuviéramos en siglos atrás.

El Estado provincial aún adeuda la puesta en práctica de la aplicación y transversalización de la ESI en todos sus establecimientos y en todos sus niveles. Luego de esta investigación creemos que este es un paso necesario y fundamental para asegurar el acceso a la información y a los derechos de las juventudes, adolescencias y niñeces.

Consecuentemente, es recomendable un mejor tránsito entre el sistema judicial y el sanitario, con capacitaciones, trabajo mancomunado y constante que imbrique a las leyes con el sistema de salud. Es deseable que el Estado presente especial atención a la preparación de

sus agentes de salud y jurídicos, ya que son quienes reciben a la ciudadanía cuando acude como usuaria de sus instituciones. A lo largo de esta tesis hemos visto el peso que conllevan las ideas y prejuicios, inclusive la desinformación y falta de políticas institucionales, que luego significan marcas en las vidas de personas concretas, en sus cuerpos y en sus historias.

Permanecen muchos de los interrogantes iniciales y, a su vez, surgen nuevos propósitos a futuro, porque la tarea de la investigación en el área de las ciencias sociales no se cierra con esta tesis doctoral. Al contrario, trabajar con nuestras sociedades actuales, pasar por etapas de indagación, escucha, observación y lectura de discursos y testimonios de personas concretas nos orientan más bien a pensar en lo que resta por hacer todavía y en lo que podemos aportar nuestra mirada crítica. En especial, nos parece importante profundizar a futuro en las perspectivas, voces y narrativas de las mujeres cis usuarias del sistema de salud. Son quienes acuden a solicitar esas intervenciones, consejerías y atención, y escucha, ven y viven en sus cuerpos los diferentes modos en que las políticas sobre el cuerpo y la sexualidad se concretan en el ámbito sanitario. Sus experiencias son fundamentales para, aunque sea, acercarnos a completar este cuadro de situación y muy especialmente para escuchar lo que tienen por decir.

Por último, nos parece que los estudios académicos sobre la salud sexual y (no) reproductiva de la provincia de Tucumán siguen siendo escasos y se requiere de más investigación en espacios provinciales no centrales. A futuro sería deseable indagar en distintos aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva que todavía de las mujeres cis que son madres atravesando enfermedades de transmisión sexual o embarazadas con VIH, el tratamiento de sus eventos obsétricos, su acceso al sistema de salud pública y las políticas públicas orientadas a ello. También resta estudiar tanto la atención que reciben en el sistema público en tanto personas de la población travesti trans, lesbianas y gays de Tucumán, así como la situación de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las personas con discapacidad de la provincia. En adición, las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero, con sus importantes particularidades y características idiosincrásicas propias, también esperan estudios en profundidad que indaguen sobre las políticas públicas de salud sexual y los sistemas de gobernanza reproductiva que allí tienen lugar.

Después de este recorrido numerosas son las preguntas que pudimos intentar responder, pero muchas más son las que restan todavía y las que se abren al calor de la lectura, la indagación y el proceso mismo de la escritura. La pregunta con la que encabezamos nuestro

colofón nos indica que, quizás, la red no sea tan invisible después de todo. Tiene el color verde que sirve de guía para encontrar la ruta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aizenberg, L., Rabbia, H., Johnson, M. C., Alonso, D. y Saletti-Cuesta, L. (2023). Percepciones sobre el acceso a la ILE en provincias del Centro y Norte de Argentina durante 2020. *RevIISE*, 23(18), 73-85
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico*, 35(1), 13-26.
- Anzorena, C. (2021). Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista. En Anzorena, C., P. N. Schwarz, P. N. y Yañez, S. (Comps.) *Reproducir y sostener la vida: abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados*. Pp. 37-62.
- Arenas, P., Isaac, R. y Vivanco, L. (2004). *Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán*. Inédito.
- Barrancos, D. (2017). Feminismos y agencias de las sexualidades disidentes. En Faur, L. (Comp.) *Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento*. Siglo XXI Editores. Pp. 155-174.
- Bellucci, M. (2014). *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Capital Intelectual.
- Belfrage, M. (2022). La gobernanza reproductiva y el acompañamiento feminista para el aborto autónomo. En Sánchez Ramírez, G. y Veldhuis, S. (Coords.). *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México*. El Colegio de la Frontera Sur. Pp. 81-100.
- Bergallo, P. (2018). Del fracaso del giro procedimental a la inviabilidad del modelo de causales. En Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C. y Vaggione, J. M. (Comps). *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Siglo XXI Editores. Pp. 155-166.
- Biernat, C. (2011). Debates poblacionistas en la matriz de la política social argentina de entreguerras. *Anuario del Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti"*, (11), 189-208.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2012). Introducción. Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales. En Biernat, C. y Ramacciotti, K. (Eds.) *Políticas sociales, entre demandas y resistencias: Argentina, 1930-1970*. Pp. 9-36.
- Bilbao, B. (2017). "Ni una menos" y "Paro Nacional de Mujeres": reflexiones a la configuración de acontecimiento cultural e intervención artística por parte de las mujeres en el espacio público. *X Seminario Internacional Políticas de la Memoria, Centro*

http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2018/01/seminario/mesa_13/bilbao_mesa_13.pdf

- Bilbao, B. (2020). *Cuerpos y poder: análisis de las experiencias políticas y representaciones de los feminismos situados en el presente argentino. Buenos Aires (2003-2012)*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional de Quilmes. Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/2323>
- Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (2010). “Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en Argentina”. En E. Bohoslavsky y Soprano, G. (Eds.). *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Prometeo Libros. Pp. 9-55.
- Botta, M. P., Chaumet Dolores y Macagno B. (2024). Implementación de la aspiración manual endouterina para interrupciones voluntarias y legales del embarazo en centro ambulatorio. *Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)*, 20(4), 14-24.
- Brown, J. (2008). El aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales. En Pecheny, M., Figari, C. & Jones, D. (Comps.). *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Libros del Zorzal. Pp. 276-301.
- Brown, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales*. Teseo.
- Brown, J. (2017). El aborto en el Congreso Nacional: Los proyectos del activismo conservador religioso en diputados (Argentina, 2004-2014). *Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género*, 1(2), 1-16. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7914/pr.7914.pdf2017
- Burton, J. (2017). De la Comisión al Socorro: trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina. *Descentrada*, 1(2), 1-17.
- Burton, J. (2021). La legitimidad de abortar. *Descentrada*, 5(1), 1-5. <https://doi.org/10.24215/25457284e141>
- Burton, J. y Vacarezza, N. (2024). Feministas que abortamos. Imágenes, cuerpos y afectos en el activismo de Socorristas en Red, 2012-2020. En D’Antonio, D. y Pita, V. S. (Dirs.) *Nueva Historia de las Mujeres en la Argentina, Vol. 4*. Prometeo editorial. Pp. 309-347.
- Butler, J. (2020a). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (2020b). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós.

- Calandria, M. S. y Ledesma Prietto, N. F. (2018). Abortos e infanticidios: tensiones y debates en la legislación penal moderna (1886-1968). *Avances del Cesor*, 15(19), 101-128. <http://web2.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/AvancesCesor/index>
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco editor y Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, UNSE.
- Canevari, C. (2017). *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia*. Tesis no publicada, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Disponible en: www.repositorio.filo.uba.ar
- Cano, J. (2018). Discurso jurídico sobre los cuerpos de las mujeres: el caso “Belén”. Ponencia presentada en las *X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata*. Ensenada.
- Cano, J. y C. Hasicic (2016). Educación y salud en el cuerpo de las mujeres. ¿Pueden las intervenciones del Estado ser emancipatorias? *Con X*, (2), 1-33.
- Careaga-Pérez, G. (2009). Diversidad sexual. En S. Gamba (Coord.). *Diccionario de Estudios de Género y Feminismos* (2ª Ed., p. 387). Biblos.
- Carrera, M. L., Saralegui, N. y Orrego-Hoyos, G. (2020). *Dicen que tuve un bebé. Siete historias en las que el sistema judicial encarcela mujeres y a nadie le importa*. Siglo XXI Editores.
- Carrera, M. L., Saralegui, N. y Orrego-Hoyos, G. (2023). *Entra una paciente, sale una denuncia. El engranaje médico, jurídico y religioso que permite los procesos penales contra pacientes*. Siglo XXI Editores.
- Cartabia, S. y Hopp, C. M. (2018). El uso estratégico de las causales para ampliar el acceso al aborto legal en América Latina. El desarrollo de la causal violencia. En Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C. y Vaggione, J. M. (Comps). *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Siglo XXI Editores. Pp. 155-166.
- Cena, M. J. (2021). Cuando la salud sexual y (no) reproductiva es objetada a conciencia. Un análisis desde la teoría política y el enfoque de derechos. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, (20), 172-185. Doi: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2021.6068>
- Cena, M. J. (2022). Crónicas de una objeción anunciada. En Peñas Defago, M. A., Sgró Ruata, M. C. y Johnson, M. C. (Comps.). *Neoconservadurismos y política sexual: discursos, estrategias y cartografías de Argentina*. Ediciones del Puente. Pp. 89-121.
- Chein, D. (2013). Colofón. En Kaliman, R. (Comp.). *Sociología de las identidades. Conceptos para el estudio del discurso y la reproducción cultural*. Eduvim. Pp. 183-194.

- Ciriza, A. (2007). ¿En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas del cuerpo real y el derecho a decidir. En Hoyos Vásquez, G. (Comp.). *Filosofía y teorías políticas sobre la crítica y la utopía*. Clacso. Pp. 293-319.
- Connell, R. (2013). Género, salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. *Nómadas*, (39), 63-77.
- Consultorio de Salud Integral (10 de abril de 2025). Presentación. [Barra de Presentación]. Facebook. <https://www.facebook.com/consultoriodesaludintegraltuc>
- Corrêa, S. (1997). From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. *Reproductive Health Matters*, 5(10), 107-116.
- Corrêa, S., & Petchesky, R. (2001). Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En Figueroa, J. (Coord.). *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, PUEG. Pp. 99-135.
- Correa, A. (2019). *Somos Belén*. Editorial Planeta.
- Crenzel, E. (1998). Entre la memoria social y la política, Tucumán: el voto a Bussi en 1995. *Estudios: Revista del Centro de Estudios Avanzados*, (9), 49-72.
- De León, G. y Thourte, M. (2019). *Plan ENIA: recorridos, logros y desafíos*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia.
- Del Manzo, M. B. (2013). El cuerpo femenino, terreno de debate público. *Question*, 1(38), 1-13.
- Deutscher, P. (2019). *Crítica de la razón reproductiva. Los futuros de Foucault*. Eterna Cadencia Editora.
- Deza, S. (2016). *Libertad para Belén: grito nacional*. Cienflores.
- Deza, S. (2018). “Una defensa legal feminista para un caso de aborto”. *La Ley Noroeste*, (22), 1-7.
- Deza, S., Iriarte, A. & Álvarez, M. (2014). *Jaque a la reina: salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*. Cienflores.
- Deza, S. & Aizenberg, L. (2017). *Monitoreo social en Tucumán*. Fundación Mujeres X Mujeres.
- Deza, S. y Reinoso, J. (2023). *Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Tucumán*. Fundación Mujeres X Mujeres.
- Di Liscia, M. H. (2012). Un análisis de la primera ley sobre anticoncepción en Argentina. El Programa de Procreación Responsable en la provincia de La Pampa. *Dynamis*, 32(1), 209-230.

- Di Liscia, M. H. (2014). “Las mujeres no somos gallinas ponedoras”: identidad política y de género en el debate parlamentario de la ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En Barrancos, D., Guy, D. y Valobra, A. (Eds.). *Moralidades y comportamientos sexuales. Argentina, 1880-2011*. Biblos. Pp. 369-388.
- Drovetta, R. I. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. *Salud problema*, (24), 13-35.
- Dulbecco, P., Cunial, S. L. y Jones, D. (2021). *El aborto en el Congreso: Argentina 2018-2020*. CEDES.
- Edwards, W. M. y Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual Behavior*, (33), 189-195.
- El Kotni, M. y Singer, E. O. (2019) Human Rights and Reproductive Governance in Transnational Perspective. *Medical Anthropology*, 38(2), 118-122.
- Esquivel, J. C. (2015). Religión y política: la influencia religiosa sobre las definiciones parlamentarias en materia de derechos sexuales y reproductivos. En Vaggione, J. M. y Esquivel, J. C. (Dir.). *Permeabilidades activas: religión, política y sexualidad en la Argentina democrática*. Biblos. Pp. 19-34.
- Facio, A. (2011). Viena 1993, cuando las mujeres nos hicimos humanas. *Pensamiento iberoamericano*, (9), 3-20.
- Facio, A. y Victoria, A. (2017). Los derechos culturales y los derechos de las mujeres son derechos humanos y como tales, deben ser gozados en igualdad. *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, (29), 47-70.
- Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5). Pp. 44–60.
- Fassin, D. (2018). *Por una repolitización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Siglo XXI Editores.
- Fassin, D. (2022). *¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual*. Siglo XXI Editores.
- Faur, E. (2020). Educación sexual integral e “ideología de género” en la Argentina. En *Lasa Forum*, 51(2), 57-61.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.

- Felitti, K. (2011). Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, 21(34-35). Pp. 92-122.
- Felitti, K. (2018). “Derechos sexuales y reproductivos”. En Blancarte, R. (Coord.). *Diccionario de religiones en América Latina*. Fondo de Cultura Económica. Pp. 149-153.
- Felitti, K. (2021). «Ya es ley»: antecedentes y desafíos de la legalización del aborto en la Argentina, *Cahiers des Amériques latines*, (95), 7-15. DOI: <https://doi.org/10.4000/cal.11830>
- Felitti, K., Cepeda, A., Mateo, N. y Rustoyburu, C. (2022). *Tecnologías biomédicas y feminismos. Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos*. Grupo Editor Universitario.
- Félix de Souza, N. M., Lind, A., Parashar, S., Prügl, E. & Zalewski, M. (2023) Dying for life: reproductive governance redux ... redux ... redux. *International Feminist Journal of Politics*, 25(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/14616742.2022.2161198>
- Fernández, M. E. (2017). *La salud: instituciones, espacios y actores*. Ediciones Imago mundi.
- Fernández, M. E. (2022). *La salud pública en Tucumán. Testimonios de Marta Viñas*. Ediciones Imago Mundi.
- Fernández Vázquez, S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 16(1), 87-98.
- Fernández Vázquez, S. S., & Brown, J. (2019). From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Sexual and reproductive health matters*, 27(3), 65-74.
- Fonseca, C., Marre, D. & Rifiotis, F. (2021). Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horizontes Antropológicos*, 27(61), 7-46
- Foucault, M. (2019). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.
- Gebruers, C. y Gherardi, N. (2015). El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso “F.A.L.”. *Serie Documentos REDAAS*, Publicación colectiva de CEDES y ELA. N°2.
- Gilligan, C. (2024). *Después de parir. Una etnografía de la atención obstétrica posparto*. Imago Mundi.
- Ginsburg, F. y Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20(3), 311-343.

- Grimson, A. (2003). Algunas consideraciones reflexivas sobre la reflexividad en antropología. *Oficios terrestres*, (14), 56-72.
- Grimson, A. (2018). *Los límites de la cultura. Críticas de las teorías de la identidad*. Siglo XXI Editores.
- Guber, R. (2016). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.
- Gutiérrez Martínez, D. y Felitti, K. (Coords.) (2015). *Diversidad, sexualidades y creencias: cuerpos y derechos en el mundo contemporáneo*. Prometeo Libros.
- Iriarte, A. (2014) La ausencia de legislación como forma de discriminación a la mujer. Marco normativo sobre salud sexual y reproductiva. En Deza, S., Iriarte, A. & Álvarez, M. (2014). *Jaqué a la reina: salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*. Cienflores. Pp. 1-15.
- Irrazábal, G. (2015). La religión en las decisiones sobre aborto no punible en la Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 735-759.
- Irrazábal, G., y Felitti, K. (2018). El Caso Belén y las construcciones sobre el "no nacido" en Argentina. Aportes para la discusión. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 45-60.
- Irrazábal, G., Belli, L. y Funes, M. E. (2019). Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina. *Revista Bioética*, 27(4), 728-738.
- Irrazábal, G. y Olmos Álvarez, A. L. (2021). Objeción de conciencia y complementariedad terapéutica en pacientes y profesionales de la salud del Gran Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Medicina*, 9(3), 249-257.
- Jelin, E. (2017). Familia. Un modelo para desarmar. En Faur, E. (Comp.) *Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento*. Siglo XXI Editores. Pp. 51-73.
- Jones, D., Figari, C. y Barrón López, S. (2012). *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Biblos.
- Kaliman, R. (Comp) (2013). *Sociología de las identidades. Conceptos para el estudio del discurso y la reproducción cultural*. Eduvim.
- Kanterewicz, L., Palazzesi, A., & Ramírez, M. C. (2015). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. A 12 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿cómo estamos? *Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)*, 12(2), 6-16.
- Laudano, C. (2018). #8M Paro internacional de mujeres: Reflexiones en torno a la apropiación feminista de TIC. En S. Lago Martínez, Alvarez, A., Gendler, M. y Méndez, A. (Eds.), *Acerca de la apropiación de tecnologías: Teoría, estudios y debates*. Rada

- Tilly, Del Gato Gris e Instituto de Investigaciones Gino Germani. Pp. 121-130.
<https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.3718/pm.3718.pdf>
- Ledesma Prietto, N. F. (2016). *“La revolución sexual de nuestro tiempo”: el discurso médico anarquista sobre el control de la natalidad, la maternidad y el placer sexual. Argentina, 1931-1951*. Biblos.
- Levitt, P., & Merry, S. (2009). Vernacularization on the ground: local uses of global women's rights in Peru, China, India and the United States. *Global Networks*, 9(4), 441-461.
- Leone, C., Meneghetti, M., Ostropolshy, M., Deremzenshy, J. & Wasyisk Fedyszak, M. S. (2018). *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Mallimaci, F. (Dir.) (2013). *Atlas de creencias religiosas en la Argentina*. Biblos.
- Mallimaci, F., Giménez Béliveau, V., Esquivel, J.C. & Irrazábal, G. (2019). *Sociedad y Religión en Movimiento. Segunda Encuesta Nacional sobre Creencias y Actitudes Religiosas en la Argentina*. CEIL-CONICET.
- Martin, A. L., Queirolo, G. y Ramacciotti, K. (Coords.) (2019). *Mujeres, saberes y profesiones: un recorrido desde las ciencias sociales*. Biblos.
- Mateo, N. (2024). “Poner el cuerpo”: primeras experiencias de abortos ambulatorios con misoprostol en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (80), 53-72.
- Mateo, N. (2025). *Aborto y misoprostol. Historia de una pastilla*. UNR editora.
- Mines Cuenya, A. (2021). Condensaciones ginecológicas. Relaciones entre prácticas médico-clínicas, políticas sexuales y reproductivas y la materialidad de los cuerpos de las mujeres cis en el campo (toco) ginecológico de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Horizontes antropológicos*, 27(61), 163-197.
- Meng, G. (2006). Ley de salud sexual y procreación responsable argentina: ¿una política de género? En Petracci, M. y Ramos, S. (Comps.). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. CEDES. Pp. 93-111.
- Mogaburo, Y. (2013). Representaciones sobre el aborto en la prensa argentina. Análisis crítico del discurso de los medios masivos de comunicación. *Revista Comunicación y Ciudadanía*, (6), 50-60. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4321807.pdf>
- Mora Augier, C. (2022). Caso Belén y Caso Lucía: dos situaciones de violencia en el sistema público de salud de Tucumán, Argentina. *Revista Punto Género*, (18), 126-155.
- Mora Augier, C. (2023). 20 años de la ley de salud sexual y procreación responsable: un balance desde la provincia de Tucumán. *Cuadernos del Ciesal, UNR*, 22(2), 1-25.

- Mora Augier, C., y Lorenzo Pisarello, J. S. (2022). Vulneración de derechos y comunicación en el «Caso Lucía». *Question*, 3(72), 1-22.
- Morán Faúndes, J. M. (2012). El activismo católico conservador y los discursos científicos sobre sexualidad: cartografía de una ciencia heterosexual. *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur*, 22(37), 167-205.
- Morán Faúndes, J. M. (2015). El desarrollo del activismo autodenominado “Pro vida” en Argentina, 1980-2014. *Revista Mexicana de Sociología*, (3), 407-435.
- Morán Faúndes, J. M. y Vaggione, J. M. (2022). El activismo neoconservador en Argentina: entre la religión, el secularismo y la racionalidad neoliberal. En Bárcenas Barajas, K. (coord.) *Movimientos antigénero en América Latina: cartografías del neoconservadurismo*. Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Sociales. Pp. 77-115.
- Morgan, L. & Roberts, E. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*. 19(2), 241-254.
- Morgan, L. (2015). Reproductive Rights or Reproductive Justice? Lessons from Argentina. *Health and Human Rights Journal*, 17(1), 136-147.
- Morgan, L. M. (2019). Reproductive governance, redux. *Medical Anthropology*, 38(2), 113-117.
- Nari, M. (2004). *Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1880-1940)*. Biblos.
- Ngozi Adichie, C. (2018). *El peligro de la historia única*. Random House.
- Noblia, M. V. y Zangone, L. (2010). Mujer, pobreza, aborto y prejuicio. Debate parlamentario de la Ley 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Texturas*, (9), 97-222.
- Ortiz Bergia, M. J. (2015). La temprana descentralización de los servicios de salud en la Argentina: la construcción del sistema sanitario en Córdoba, 1930-1955. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22(2), 559-575. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015005000005>
- Osatinsky, A. (2009). Pobreza y estructura productiva en los departamentos de Tucumán (1980-2002). En *X Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Catamarca.
- Osatinsky, A. (2018). Características del empleo y la desocupación en el Noroeste Argentino en la posconvertibilidad (2003-2015). *Hic Rhodus. Crisis capitalista, polémica y controversia*, (14), 73-91.

- Pecheny, M., Figari, C. y Jones, D. (2008). *Todo sexo es político*. Libros del Zorzal.
- Pecheny, M. (2010). Political agentes or vulnerable victims? Framing sexual rights as sexual health in Argentina. En Aggleton P. y Parker, R. (Eds.) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. Routledge. Pp. 359-369.
- Peñas Defago, M. A. (2019). Jóvenes, vida y conciencias tutelados/as. Principales discursos legales de la oposición católica a las leyes de salud sexual y reproductiva y matrimonio igualitario en Argentina. *Sociedad y religión*, 29(51), 11-36.
- Petchesky, R. P. (1995). From population control to reproductive rights: feminist fault lines. *Reproductive Health Matters*, 3(6), 152-161.
- Petracci, M. y Ramos, S. (2006). Apertura. En M. Petracci y S. Ramos (Comps.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina*. CEDES. Pp. 11-16.
- Petracci, M. y Pecheny, M. (Coords.) (2007). *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. CEDES.
- Piovani, J. I. (2018). La observación. En Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. I. *Manual de metodología de las Ciencias Sociales*. Siglo XXI Editores. Pp. 233-248.
- Pozzio, M. (2008). Perspectiva de género y políticas de salud. *V Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
- Pozzio, M. (2011). *Madres, Mujeres y Amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Editorial Antropofagia.
- Pozzio, M. (2019). El sanitarismo en femenino: la trayectoria de Débora Ferrandini. En Martín, A. L., Queirolo, G. y Ramacciotti, K. (Coords.) (2019). *Mujeres, saberes y profesiones: un recorrido desde las ciencias sociales*. Biblos. pp. 149-162.
- Pozzio, M. (2021). La perspectiva de género en la salud comunitaria. En Silberman, M. y Lois, I. (coord.). *La salud comunitaria en debate*. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Pp. 155-166.
- Quirós, J. (2014). Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, 12(17), 47-65.
- Rabbia, H. (2022). Geografías “celestes”: implicancias y controversias en las declaraciones “provida” de municipios y provincias de Argentina. En Peñas Defago, M. A., Sgró Ruata, M. C. y Johnson, M. C. (Comps.). *Neoconservadurismos y política sexual: discursos, estrategias y cartografías de Argentina*. Ediciones del Puente. Pp. 122-154.

- Ramacciotti, K. I. (2010). Estado, Instituciones y actores. Reflexiones en torno a cómo pensar las intervenciones sociales del Estado. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 3(3), 193-204.
- Ramacciotti, K. (2023). Introducción. La enfermería y los cuidados en crisis sanitarias. En Ramacciotti, K. (ed.). *Estudiar, cuidar y reclamar. La enfermería argentina durante la pandemia de COVID-19*. Biblos. Pp. 13-43.
- Revista Jurídica. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (2006). *El Amicus Curiae*. <https://www.revistajuridicaonline.com/2006/06/el-amicus-curiae/>
- Rodríguez, L., Gatti, P. y Arostegui del Campo, M. T. (2005). Comentarios y reflexiones acerca de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Revista Jurídica*, (9), 90-109.
https://dspace.uces.edu.ar/bitstream/123456789/183/1/Comentarios_y_reflexiones_ley_25.673.pdf
- Romero, G. (2022). Derechos y creencias en las disputas en torno a la educación sexual integral en Argentina. Apuntes desde un enfoque pluralista. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, (24), 1-30.
- Romero, M., Zamberlin, N. y Gianni, M. C. (2010). La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Revista Salud Colectiva*, 6(1), 21-35.
- Romero, M., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A. y Ramos, S. (2024) *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>
- Rustoyburu, C. (2020). Embarazo en la adolescencia, medicalización y derechos reproductivos en Argentina. Un análisis del Plan Nacional de Prevención de Embarazo no Intencional en la Adolescencia. En *Amores Ilícitos. Desigualdad, diversidad y filiación*. Universidad Miguel Hernández de Elche. Pp. 124 - 135.
- Rustoyburu, C., & Ariza, L. (2022). Autonomy in austerity times. Examining hormonal contraceptive implants in Argentina. *Medical Anthropology*, 41(6-7), 747-761.
- Sánchez M. R. & Johnson. M. C. (2020). ‘Niñas, no madres’: alianzas y disputas de sentidos en el cuerpo de Lucía. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, (22), 1-24.
- Schufer, M., Martellini, P. y Moscovich, L. (2006). Los pediatras y la ley de salud reproductiva. En Petracci, M. y Ramos, S. (Comps.). *La política pública de salud y*

- derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia.* CEDES.
- Schuster, G. y García Jurado, M. (2006). Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva. En Petracci, M. y Ramos, S. (Comps.). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia.* CEDES. Pp. 17-45.
- Schwarz, P. K. (2022). Reflexiones acerca de la accesibilidad a los servicios de salud en materia de derechos sexuales en Argentina. En *Segundo Congreso Internacional de Ciencias Humanas "Actualidad de lo clásico y saberes en disputa de cara a la sociedad digital"*. Escuela de Humanidades, UNSAM.
- Scott, J. (1988). Igualdad *versus* diferencia: los usos de la teoría postestructuralista. (Marta Lamas Trad.). *Feminist Studies*, 14(1), 87-107.
- Siede, L. (Comp.) (2012). *Salud reproductiva y derecho a decidir. Experiencias sobre ligadura de trompas en la provincia de Buenos Aires.* CICCUS ediciones.
- Smart, C. (2000). La teoría feminista y el discurso jurídico. En Birgin, H. (Comp.). *El derecho en el género y el género en el derecho.* Biblos. Pp. 31-71.
- Sosa-Sánchez, I. A., & Erice, J. E. (2017). Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (27), 46-65.
- Straw, C. (2017). La visión socio-política de los derechos reproductivos en Argentina. *RJUAM*, (35), 171-195.
- Suárez, N. y Cattaneo, V. (2017). Ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003. *Ministerio de Salud de la Nación-OPS*.
- Szulik, D. y Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (34), 46-67.
- Tiseyra, M. V., Pecheny, M. M., & Sciurano, G. A. (2023). Cuarenta años de salud sexual y (no) reproductiva. *Prácticas de oficio*, 1(31), 85-100.
- Vacarezza, N. (2020). La mano que vota. Visualidad y afectos en un símbolo transnacional del movimiento por el derecho al aborto en el Cono Sur. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (35), 35-57.
- Vaggione, J. M. (2005). Reactive Politicization and Religious Dissidence: The Political Mutations of the Religious, *Social Theory and Practice*, 31(2), 165-188.

- Vaggione, J. M. y Esquivel, J. C. (2015). Actores y discursos que pluralizan la política, la religión y la sexualidad. En Vaggione, J. M. y Esquivel, J. C. (Dirs.). *Permeabilidades activas: religión, política y sexualidad en la Argentina democrática*. Biblos. Pp. 9-17.
- Vaggione, J. M., Peñas Defago, M. A. y Sgró Ruata, M. C. (2022) Prólogo. En Peñas Defago, M. A., Sgró Ruata, M. C. y Johnson, M. C. (Comps.). *Neoconservadurismos y política sexual: discursos, estrategias y cartografías de Argentina*. Ediciones del Puente. Pp. 7-30.
- Valobra, A. (2023). Haciendo leyes. Las primeras diputadas nacionales, 1952-1966. En D'Antonio, D. y Pita, V. S. (Dirs.) *Nueva Historia de las Mujeres en la Argentina, Vol. 3*. Prometeo editorial. Pp. 103-121.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa editorial.
- Venticinque, V. (2016). Lo importante es la salud. *Apuntes para comprender rupturas y continuidades en las políticas y prácticas sanitarias transversales al género*. Laborde editor.
- Vignoli, M., Fernández, M. F., Garat, C. y González, G. (2021). *Mujeres y feminismos. Historias de luchas en Tucumán (1966-2021)*. Grupo Editor Universitario.
- Williams, R. (2015). *Sociología de la cultura*. Paidós.
- Yedlin, P. (2007). Actores y agenda en el sistema de salud argentino. Ministerios de Salud provinciales: El caso de Tucumán. *Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública*. CEDES. Pp. 1-17.
- Yedlin, P. (2015). "Tucumán logró reducir a la mitad la mortalidad infantil". *Revista iSalud*, 10(46), 6-10.
- Yon Leau, C. (2014). Vulnerabilidad social, salud y derechos sexuales de adolescentes ayacuchanos. En R. Barrantes y Busse, P. (Eds.). *Salud, vulnerabilidades, desigualdades*. Instituto de Estudios Peruanos. Pp. 115-140.
- Zurita, I. (2023). Género, Estado y Ciudadanía en el debate legislativo del proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Argentina, 2020). *Revista Latinoamericana Ogmios*, 3(7), 141–152. <https://doi.org/10.53595/rlo.v3.i7.060>

Fuentes periodísticas

- Argentina: cesárea de niña de 11 años revive debate sobre aborto. (27 de febrero de 2019). *Le Monde*.

https://www.lemonde.fr/international/article/2019/02/27/argentine-une-cesarienne-sur-un-e-enfant-de-11-ans-relance-le-debat-sur-l-avortement_5429195_3210.html#Echobox=1551323040

"Así es como se criminaliza el aborto", dijo una actriz de Hollywood sobre el caso de la niña violada en Tucumán. (01 de marzo de 2019). *La Gaceta*.

<https://www.lagaceta.com.ar/nota/799412/actualidad/asi-como-se-criminaliza-aborto-dijo-actriz-hollywood-sobre-caso-nina-violada-tucuman.html>

Banderas a media asta en Tucumán por la legalización del aborto. (03 de enero de 2021).

BAE Negocios.

<https://www.baenegocios.com/sociedad/Banderas-a-media-asta-en-Tucuman-por-la-legalizacion-del-aborto-20210103-0009.html>

Carbajal, M. (01 de agosto de 2016). "Que ninguna otra mujer pase por lo mismo". *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-305703-2016-08-01.html>

Carbajal, M. (29 de marzo de 2017). "¿Quién me devuelve los tres años que pasé presa?". *Página 12*.

<https://www.pagina12.com.ar/28508-quien-me-devuelve-los-tres-anos-que-pase-presa>

Carbajal, M. (21 de febrero de 2019). La niña llora. *Página 12*. Recuperado de

<https://www.pagina12.com.ar/176284-la-nina-llora>

Carbajal, M. (28 de marzo de 2019). Pensando en la niña víctima. *Página 12*.

<https://www.pagina12.com.ar/183528-pensando-en-la-nina-victima>

Carbajal, M. (05 de junio de 2021). La violencia obstétrica vuelve a la Corte tucumana.

Página 12.

<https://www.pagina12.com.ar/352542-la-violencia-obstetrica-vuelve-a-la-corte-tucumana>

Carbajal, M. (6 de enero de 2025). A juicio por perder un embarazo. *Página 12*.

<https://www.pagina12.com.ar/794688-a-juicio-por-perder-un-embarazo>

Caso Lucía: así torturaron a una nena de 11 años en Tucumán. (2 de mayo de 2019). *Cosecha Roja*. <http://cosecharoja.org/caso-lucia-asi-torturaron-una-nena-de-11-en-tucuman>

Centenera, M. (28 de marzo de 2017). Absuelta una joven argentina que estuvo dos años presa por un aborto. *El País*.

https://elpais.com/internacional/2017/03/27/argentina/1490648400_185209.html

Cruces en la Plaza Independencia por el caso de la niña embarazada. (27 de febrero de 2019). *Diario El Tucumano*.

<https://www.eltucumano.com/noticia/actualidad/254150/cruces-en-plaza-independencia->

[por-el-caso-de-la-nina-embarazada](#)

Del arzobispo al Ministerio de Salud: Tucumán, una provincia antiderechos. (28 de febrero de 2019). *Notas periodismo popular*.

https://www.notasperiodismopopular.com.ar/2019/02/28/tucuman-provincia-antiderechos-ministerio-salud-arzobispo/?fbclid=IwAR0Myk2R-ghKaYa1stDAIpIvoKe_uA50DNymUt_CX0rtb-36jiaB_LSvuYg

Diario Río Negro. (18 de julio de 2018). *La senadora Silvia Elías de Pérez cruzó a un biólogo por el aborto legal* [Archivo de Vídeo]. Youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=EbVEQJc29o0>

El caso ‘María Magdalena’, un antecedente contra la violación del secreto profesional. (26 de marzo de 2016). *Diario Río Negro*.

<https://www.rionegro.com.ar/el-caso-maria-magdalena-un-antecedente-contr-la-violacion-del-secreto-profesional-IB416956/>

El mundo se hizo eco de la historia de la niña a la que le hicieron una cesárea. (28 de febrero de 2019). *El Tucumano*.

<https://www.eltucumano.com/noticia/actualidad/254182/mundo-se-hizo-eco-historia-nina-le-hicieron-cesarea>

Gavira, M. (07 de febrero de 2019). La familia de la nena de 11 años violada decidió seguir adelante con el embarazo. *Clarín*.

https://www.clarin.com/sociedad/familia-nena-11-anos-violada-decidio-seguir-adelante-embarazo_0_a8YgUwoOM.html

Goñi, U. (01 de marzo de 2019). Girl, 11, gives birth to child of rapist after Argentina says no to abortion. *The Guardian*.

https://amp.theguardian.com/global-development/2019/feb/28/girl-11-gives-birth-to-rapists-child-after-argentina-refuses-abortion?_twitter_impression=true

Lorenzo Pisarello, S. (2 de mayo de 2019). Las torturas y mentiras en la noche más larga de “Lucía”. *La Tinta*.

<https://latinta.com.ar/2019/05/02/torturas-mentiras-noche-mas-larga-lucia/>

Los medios del mundo, sorprendidos por el caso de la nena de 11 años violada. (01 de marzo de 2019). *La Gaceta*.

<https://www.lagaceta.com.ar/nota/799359/actualidad/medios-mundo-sorprendidos-caso-nena-11-anos-violada.html>

Mastrogiacomio, D. (01 de marzo de 2019). Argentina, negato l'aborto a undicenne stuprata. *La Repubblica it*.

https://www.repubblica.it/esteri/2019/03/01/news/argentina_undicenne_stuprata_dal_no_nno_costretta_a_partorire-220453404/

Padres tucumanos exigieron una educación sexual en valores (11 de septiembre de 2018).

AICA Agencia Informativa Católica Argentina.

<https://aica.org/noticia.php?c=padres-tucumanos-exigieron-una-educacin-sexual-en-valores>

Pérez Cerimele, S. (03 de enero de 2023) Tucumán es la segunda provincia con mayor tasa de abortos legales. *La Gaceta*.

<https://www.lagaceta.com.ar/nota/975496/politica/tucuman-segunda-provincia-mayor-tasa-abortos-legales.html>

Politi, D. (01 de marzo de 2019). El caso de una niña de 11 años forzada a dar a luz conmociona a la Argentina. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com/es/2019/03/01/espanol/america-latina/argentina-aborto-lucia.html>

Quién es Belén, la joven acusada de asesinar a su hijo que fue liberada por la Corte Suprema de Tucumán. (16 de agosto de 2016). *Diario La Nación*.

<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/quien-es-belen-la-joven-acusada-de-asesinar-a-su-hijo-que-fue-liberada-por-la-corte-suprema-de-tucuman-nid1928702/>

Referentes políticos en la marcha ProVida de Tucumán. (5 de agosto de 2018). *Portal Los Primeros*.

Riva, M. (5 de agosto de 2018). El gobernador Manzur marchó contra la ley de aborto en Tucumán. *Diario Clarín*.

https://www.clarin.com/sociedad/gobernador-manzur-marcho-ley-aborto-tucuman_0_S14ZIIHrQ.html

Rodríguez, C. (22 de mayo de 2002). Cuando los chicos pierden. *Página 12*.

<https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-5433-2002-05-22.html>

Se realizó la marcha contra la ideología de género en Tucumán. (28 de agosto de 2018). *LV7*.

Tiene 11 años y está embarazada: acusan al novio de su abuela de haberla violado. (7 de febrero de 2019). *La Gaceta*.

<https://www.lagaceta.com.ar/nota/797365/actualidad/tiene-11-anos-esta-embarazada-cuatro-meses-acusan-al-novio-abuela-violarla.html>

Tiene 11 años y habría sido abusada por el novio de su abuela: está embarazada. (7 de febrero de 2019). *Portal Los Primeros*.

Tucumán “pro-vida”: marcharán contra la Educación Sexual Integral (19 de octubre de 2018).

El Diario de Tucumán.

<http://www.eldiariodetucuman.com/web/tucuman-provida-marcharan-contr-la-educacion-sexual-integral/>

Tucumán es la primera provincia declarada ‘pro vida’. (2 de agosto de 2018). *Diario Cadena 3*.

https://www.cadena3.com/noticia/informados-al-regreso/tucuman-es-la-primer-provincia-declarada-pro-vida_220482

Tucumán: Declaró la niña de 11 años abusada y la Justicia decidirá si autoriza la interrupción del embarazo. (11 de febrero de 2019). *La Nación*.

<https://www.lanacion.com.ar/politica/tucuman-declaro-nina-11-anos-abusada-justicia-nid-2219350/>

Tucumán: un Intendente decretó cuatro días de duelo por la legalización del aborto. (5 de enero de 2021). *Diario Perfil*.

<https://www.perfil.com/noticias/sociedad/tucuman-un-intendente-decreto-cuatro-dias-de-duelo-por-la-legalizacion-del-aborto.phtml>

Leyes, sentencias judiciales y documentos parlamentarios

Cámara en lo Penal, Sala III (2016). *Sentencia condenatoria a Belén*. Poder Judicial de Tucumán.

Cámara de Diputados, Diario de Sesiones. 18 de abril de 2001. Tratamiento: Ley 25.673. Información Parlamentaria, Congreso de la Nación.

Cámara de Senadores, Diario de Sesiones. 30 de octubre de 2002. Tratamiento: Ley 25.673. Información Parlamentaria, Congreso de la Nación.

Cámara de Diputados, Diario de Sesiones. 10 de diciembre de 2020. Tratamiento: Ley 27.610. Información Parlamentaria, Congreso de la Nación.

Cámara de Senadores, Diario de Sesiones. 29 y 30 de diciembre de 2020. Tratamiento: Ley 27.610. Información Parlamentaria, Congreso de la Nación.

Código Civil y Comercial de Argentina. Ley 26.994 de 2014. 7 de octubre de 2014 (Argentina).

Corte Suprema de Justicia de Tucumán (2017). *Fallo de absolución a Belén*. Número 329/2017.

<http://www.pensamientopenal.com.ar/fallos/45097-caso-belen-aborto-beneficio-duda-absolucion>

Dirección General de Asistencia Técnica y Legislativa. *Modificaciones relevantes del Código Civil y Comercial de la Nación*. 3 de octubre de 2014.

Juzgado en lo Civil en Familia y Sucesiones V (2019). Fallo T. A. S. (nombre de la neonata). *Caso Lucía*. Poder Judicial de Tucumán, Centro Judicial Capital.

Ley 25.673, año 2002. Ley de Creación del Programa nacional de salud sexual y procreación responsable. Boletín oficial 22 de noviembre de 2002.

Ley 26.150, año 2006. Ley de Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Boletín oficial 24 de octubre de 2006.

Ley 27.610, año 2020. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Boletín oficial 15 de enero de 2021.

Ley Orgánica del SIPROSA N° 5652. Boletín oficial de la provincia de Tucumán 8 de octubre de 1984.

<https://msptucuman.gov.ar/wordpress/wp-content/uploads/LY5652.pdf>

Ley Orgánica SIPROSA N° 5652. Texto actualizado, DNU N° 1/1, del 30 de octubre de 2023, ratificado por Ley N° 9725. Dirección de Información Parlamentaria.

<https://msptucuman.gov.ar/wordpress/wp-content/uploads/2023/12/Ley-5652-con-modificaciones-del-2023.pdf>

Portales e instrumentos institucionales

Dirección de Investigación Aplicada Defensoría de Niños, niñas y adolescentes (2024). *Fecundidad de niñas y adolescentes, junio 2024. Nota técnica N° 1*.

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). *ImplementAR IVE/ILE, Ley 27.610 Informe anual 2022*. Ministerio de Salud, Argentina.

Dirección General de Asistencia Técnica y Legislativa (2014). *Modificaciones relevantes del Código Civil y Comercial de la Nación*.
<https://www.saij.gov.ar/modificaciones-relevantes-codigo-civil-comercial-nacin-cuadro-explicativo-modificaciones-relevantes-codigo-civil-comercial-nacin-nv9139-2014-10-03/123456789-0abc-d93-19ti-lpssedadevon>

InfoLeg. Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ). Ministerio de Justicia de la Nación. <https://www.infoleg.gov.ar/>

Ministerio de Salud de Argentina (2019). Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo publicado por el Ministerio de Salud de la Nación

Ministerio de Salud de Argentina (2023). Monitoreo para el Análisis y Planificación de Acciones-M. A. P. A. de fuerza de trabajo en salud. Enfermería, medicina y especialidades médicas (2020). Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/mapa-0#3>

Ministerio de Salud de Argentina (2023). M. A. P. A. de fuerza de trabajo en salud: profesionales matriculados 2023. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/mapa-0#3>

Ministerio de Salud Pública de Tucumán (9 de mayo de 2025). <https://msptucuman.gov.ar/>

Organización de las Naciones Unidas (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo 1994.

Organización de las Naciones Unidas (1995). *IV Conferencia Internacional sobre Mujer, Paz y Desarrollo*, Beijing 1995.

Plan ENIA (2023). Informe trimestral de monitoreo, julio - septiembre 2023. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo Social, Argentina.

Portal Oficial del Gobierno de Tucumán (1 de agosto de 2024). *Geografía y Producción*, <https://www.tucuman.gov.ar/provincia/produccion>

Portal Organización Mundial de la Salud (28 de febrero de 2025). *Salud sexual*. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (20 de mayo de 2025). *Aborto séptico*. https://www.smiba.org.ar/revista/smiba_03/aborto2.htm

ANEXOS

REFERENCIAS DE ENTREVISTAS

Profesión	Código de referencia	Año de entrevista
Ginecóloga - Ex Directora Nacional DSSyR	G1/IC	2019
Psicóloga	Ps1-2019	2019
Psicóloga	Ps2-2019	2019
Ginecóloga	G2-2019	2019
Psicóloga	Ps3	2019
Stella Maris Córdoba - Ex diputada y ex legisladora por Tucumán	IC	2019
Luciana Gramaglio - Abogada de género	IC	2019
Psicóloga - <i>Reiteración de entrevista</i>	Ps1-2021	2021
Psicóloga junto a Residentes - CIC - <i>Reiteración de entrevista</i>	Ps2-2021	2021
Referente barrial	OP1	2021
Ginecóloga CAPS	G3	2023
Ginecóloga CAPS	G4	2023
Agente sociosanitario CAPS	ASS1	2023
Médica generalista - CAPS de Alta montaña	M1	2023
Trabajadora Social Policlínica	TS1	2023
Médica generalista - Ex CAPS	M2	2023
Ginecóloga - Sistema privado	G5	2023
Psicóloga - Área perinatal hospital	PS3	2023
Ginecóloga - Sistema privado	G6	2023
Otra profesión - Hospital Consultorio Salud sexual	OP2	2023
Médica recientemente recibida - CAPS	M3	2023
Psicóloga junto a Residente - CIC	PS4	2023
Obstétrica - CIC	LO1	2023
Obstétrica - CAPS	LO2	2023
Médica general y de familia - Gestión	M4	2023
Ginecólogo - Sistema privado	G7	2023

Ginecóloga - CAPS	G8	2023
Ginecólogo - Ex hospital - Sistema privado	G9	2023
Psicóloga junto a Residente - Maternidad	PS5	2023
Ginecóloga - Ex hospital - Sistema privado/ <i>Reiteración</i>	G2-2023	2023
Agente sociosanitario - CIC	ASS2	2023
Ginecólogo - Consultorio Salud sexual - Maternidad	G10	2023
Obstétrica - Maternidad	LO3	2023
Obstétrica - Maternidad	LO4	2023
Usuaría del sistema - CAPS	Sin referencia	2023
Psi. Coordinador de Dispositivo de SSR ENIA	IC	2023
Coordinador Equipo ENIA	IC	2023
Valeria Isla - Ex Directora Nacional DSSyR	IC	2023
Fernanda Rotondo - Referente ONG ANDHES	IC	2023

LEY 25.673

SALUD PÚBLICA

Ley 25.673

Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos.

Sancionada: Octubre 30 de 2002.

Promulgada de Hecho: Noviembre 21 de 2002.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de Ley:

ARTÍCULO 1º — Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 2º — Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTÍCULO 3º — El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTÍCULO 4º — La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTÍCULO 5º — El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;

- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTÍCULO 6º — La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT;
- c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTÍCULO 7º — Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTÍCULO 8º — Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTÍCULO 9º — Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTÍCULO 10. — Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley.

ARTÍCULO 11. — La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se

establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 12. — El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTÍCULO 13. — Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTÍCULO 14. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

— REGISTRADA BAJO EL N° 25.673 —

EDUARDO CAMAÑO. — JUAN C. MAQUEDA. — Eduardo Rollano. — Juan C. Oyarzún.

LEY 27.610

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Ley 27610

Disposiciones.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de

Ley:

Artículo 1º- Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Art. 2º- Derechos. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- a)** Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- b)** Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- c)** Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley;
- d)** Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Art. 3º- Marco normativo constitucional. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la

información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida;

b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto:

a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;

b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8º de la presente ley.

Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos previsto en el artículo 30 de la ley 26.061 y el deber de formular denuncia penal establecido en el artículo 24, inciso e), de la ley 26.485 en el marco de lo dispuesto por el artículo 72 del Código Penal, deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes, su capacidad progresiva e interés superior de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061 y el artículo 26 del Código Civil y Comercial, y no deberán obstruir ni dilatar el acceso a los derechos establecidos en la presente ley;

c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

La paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente;

d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad;

e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita;

f) Calidad. El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Art. 6º- Información y tratamiento del aborto y de la salud sexual y reproductiva. Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con el artículo 4º, el establecimiento de salud pondrá a disposición de las personas gestantes que así lo requieran, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ley 25.673, lo siguiente:

a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior;

b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso;

c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.

Estos servicios no son obligatorios para la paciente ni condición para la realización de la práctica.

Art. 7º- Consentimiento informado. Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

Art. 8º- Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo deberá ser efectuada de la siguiente manera:

a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;

b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.

Art. 9º- Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.

Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Art. 10.- Objeción de conciencia. El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;

b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;

c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria postaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Art. 11.- Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

Art. 12.- Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Art. 13.- Educación sexual integral y salud sexual y reproductiva. El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.

Estas políticas deberán estar enmarcadas en los objetivos y alcances establecidos en las leyes 23.798, 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.206, 26.485, 26.743 y 27.499, además de las leyes ya citadas en la presente ley. Deberán, además, capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los y las docentes y a los y las profesionales y demás

trabajadores y trabajadoras de la salud, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley, así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.

Art. 14.- Modificación del Código Penal. Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 85: El o la que causare un aborto será reprimido:

1. Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante.
2. Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.

Art. 15.- Incorporación del artículo 85 bis al Código Penal. Incorpórase como artículo 85 bis del Código Penal de la Nación, el siguiente:

Artículo 85 bis: Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Art. 16.- Sustitución del artículo 86 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 86: No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional.

Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante:

1. Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida.

2. Si estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 17.- Sustitución del artículo 87 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 87 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 87: Será reprimido o reprimida con prisión de seis (6) meses a tres (3) años, el o la que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado del embarazo de la persona gestante fuere notorio o le constare.

Art. 18.- Sustitución del artículo 88 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 88: Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año, la persona gestante que, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86, causare su propio aborto o consintiera que otro se lo causare. Podrá eximirse la pena cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

La tentativa de la persona gestante no es punible.

Art. 19.- Capacitación. El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria. A tal fin, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación.

Art. 20. - Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 21.- Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

Art. 22.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE.

REGISTRADA BAJO EL N° 27610

CLAUDIA LEDESMA ABDALA DE ZAMORA - SERGIO MASSA - Marcelo Jorge Fuentes - Eduardo Cernul

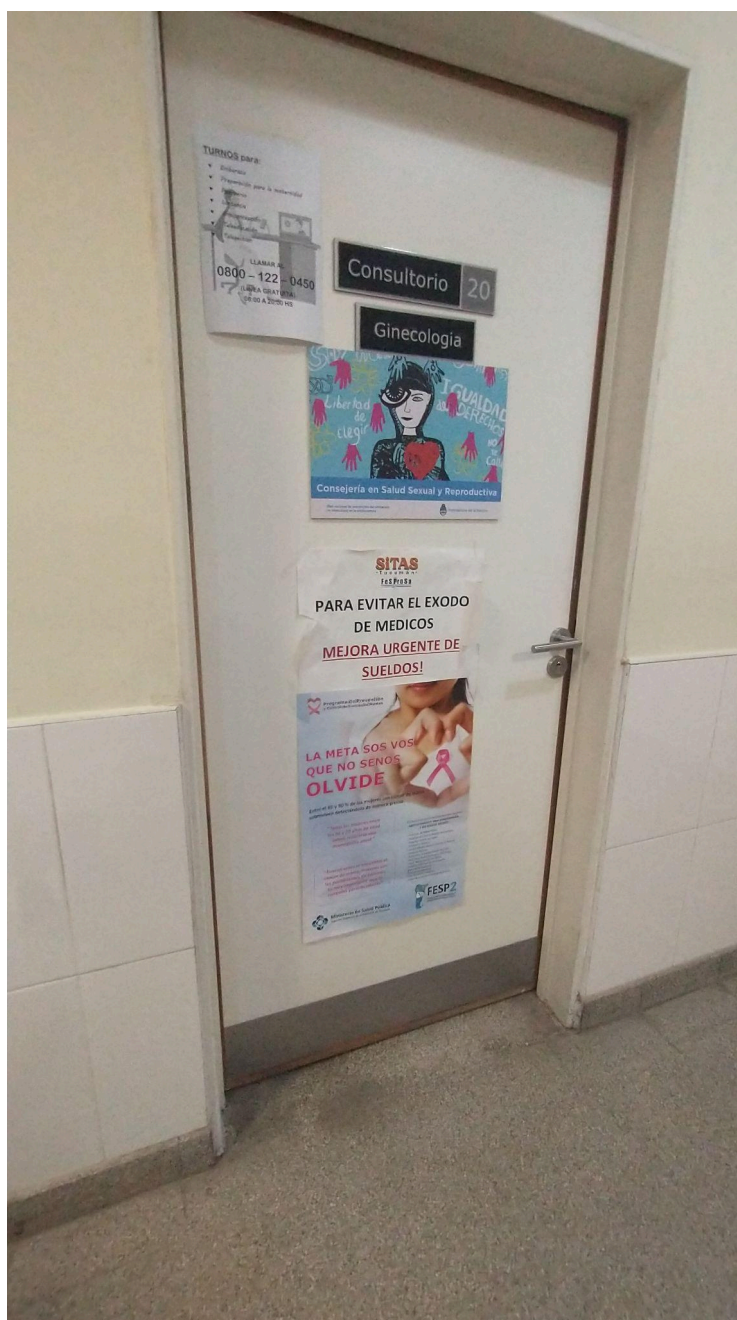
e. 15/01/2021 N° 1961/21 v. 15/01/2021



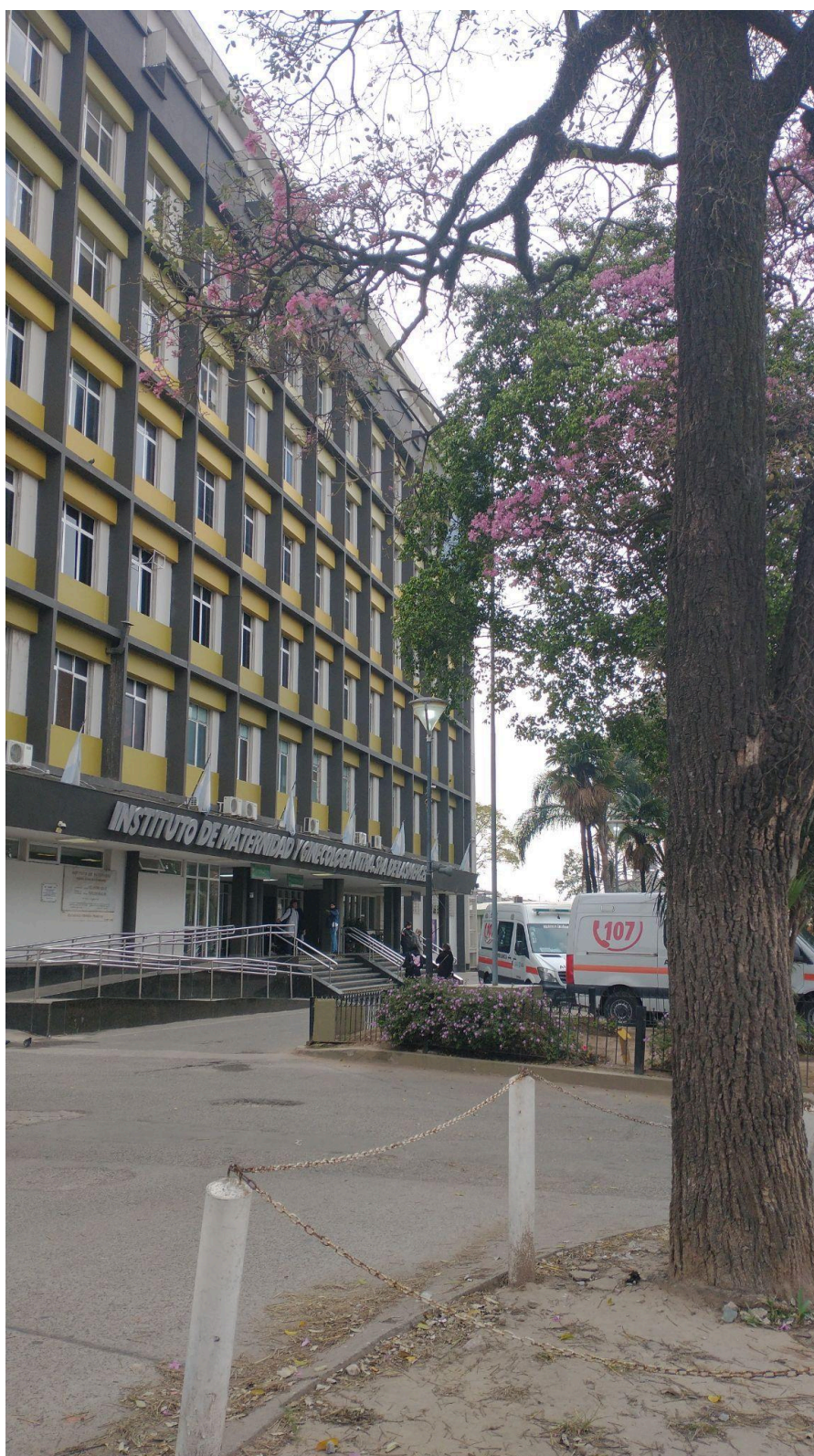
**Entrada al CIC Los Jacarandás desde el barrio
San Miguel de Tucumán
Foto propia - Año 2023**



**Puerta de entrada del personal de salud del CIC Los Jacarandás
San Miguel de Tucumán
Foto propia - Año 2023**



**El Consultorio 20 - Atención de Salud sexual, Hospital del Este Eva Perón
Localidad de Banda del Río Salí
Foto propia - Año 2023**



**Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes
San Miguel de Tucumán
Foto propia - Año 2023**



**Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes desde la vereda opuesta
San Miguel de Tucumán
Foto propia - Año 2023**



Una de las marchas en Tucumán por la libertad de Belén
Fuente: Portal La primera piedra
23 de agosto de 2016



Manifestaciones contra la ILE a Lucía en la plaza Independencia, del centro de San Miguel de Tucumán
previas a la votación
Fuente: Diario El Tucumano - Año 2019



Manifestaciones por la legalización del aborto en San Miguel de Tucumán previas a la votación
Fuente: Redes sociales de la Campaña por el Aborto legal, seguro y gratuito - Año 2020



Festejos la noche de la votación por la legalización del aborto en una de las plazas céntricas de San Miguel de Tucumán
Fuente: Redes sociales de la Campaña por el Aborto legal, seguro y gratuito - Año 2020