

Colección  
PUNTOS DE FUGA  
Historia de las mujeres y estudios de género

# Tecnologías biomédicas y feminismos

Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos

Karina Felitti, Agustina Cepeda,  
Natacha Mateo, Cecilia Rustoyburu



 Grupo Editor Universitario

**CInIG**  
**IdI HCS**  
CONICET  
CONICET  
CONICET

Colección

PUNTOS DE FUGA

Historia de las mujeres y estudios de género

Karina Felitti, Agustina Cepeda,  
Natacha Mateo, Cecilia Rustoyburu

# Tecnologías biomédicas y feminismos

Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| <b>Introducción</b> .....   | 7   |
| <b>Capítulo 1</b>   |     |
| Tecnologías anticonceptivas en debate .....                             | 13  |
| <b>Capítulo 2</b>   |     |
| Las pruebas para el diagnóstico del embarazo:<br>¿saber es poder? ..... | 45  |
| <b>Capítulo 3</b>   |     |
| Misoprostol y ecografías:<br>más allá de lo prescripto .....            | 69  |
| <b>Epílogo</b> .....  | 89  |
| <b>Bibliografía</b> .....   | 93  |
| <b>Sobre las autoras</b> .....  | 101 |

Tecnologías biomédicas y feminismos : historias de dispositivos, políticas y agenciamentos / Karina Felitti ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Grupo Editor Universitario, 2022.  
106 p. ; 20 x 15 cm. - (Puntos de fuga. Historia de las mujeres y estudios de género)

ISBN 978-987-8308-89-0

1. Ensayo Sociológico. 2. Estudios de Género. I. Felitti, Karina.  
CDD 305.4209

Directora de la colección: Dra. Nadia Ledesma Prietto  
Diseño, composición, armado: Grupo Editor Universitario  
Foto de tapa: *Salto*. Serie *Pibas 8M*. Autora: Valeria Fornes Paz. Técnica: Collage analógico tridimensional, digitalizado a blanco y negro. Año: 2021. Instagram: @paz.fornes

©2022 by Grupo Editor Universitario  
San Blas 5421 (C1407FUQ) C.A.B.A.  
www.aulataller.com / aulataller@aulataller.com

ISBN: 978-987-8308-89-0  
Queda hecho el depósito de ley 11.723

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el consentimiento previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

## Introducción

¿Qué ocurriría si un ejército de mujeres con un solo pecho descendiera sobre el Congreso y demandara la prohibición del uso de hormonas carcinogénicas que se almacenan en los tejidos grasos?

Audre Lorde, *Los diarios del cáncer*, Rosario, Hipólita Ediciones, 2008 [1980].

En 1980, cuando Audre Lorde explicaba por qué había elegido no usar una prótesis mamaria luego de su mastectomía, sentía la falta de apoyo a su decisión y aventuraba la posibilidad de una alianza con otras mujeres, un "ejército" que enfrentara al poder de las corporaciones médicas, las empresas farmacéuticas y la industria cosmética. El movimiento feminista llevaba tiempo denunciando la violencia ejercida sobre los cuerpos feminizados en nombre de la ciencia y apropiándose de las tecnologías médicas para construir experiencias emancipadoras. Sin embargo, Lorde no se situaba en esas tradiciones. Su malestar se imbricaba con otros llamamientos de las feministas negras y de color que advertían que muchas promesas de futuros promisorios y proyectos liberadores contenían elementos heterosexistas, clasistas, racistas y coloniales. A las luchas por el libre acceso a los anticonceptivos y al aborto que llevaron adelante feministas blancas, heterosexuales y de clase media, los feminismos negros, poscoloniales y decoloniales sumaron las denuncias de las esterilizaciones compulsivas, el uso de los cuerpos racializados como espacios de prueba de medicamentos y la desigualdad en el acceso a determinadas tecnologías y servicios de salud.

El malestar que manifestaba Lorde con respecto a la presión que el sistema de salud colocaba sobre ella para que "normalizara" su cuerpo con una prótesis, se tramaba también en las complejas relaciones que

distintos feminismos han establecido con las tecnologías biomédicas, la atención de la salud y las políticas sanitarias. En general, intervinieron de manera situada, analizando los beneficios y contraindicaciones para la salud de las usuarias, y las relaciones de poder presentes en cada innovación. Por ejemplo, las advertencias sobre los efectos adversos de algunas sustancias no negaron sus beneficios y potencialidades; y las valoraciones positivas de algunos artefactos, no dejaron de identificar los elementos sexistas, racistas y clasistas presentes en los diseños, testeos y distribución. Sus denuncias se tejieron con las valoraciones de las usuarias y sus diversas formas de apropiación. Ellas crearon nuevos significados, más allá de los guiones de uso y circulación originalmente propuestos, en procesos de co-construcción de saberes con distintos actores sociales e instituciones.

La investigación feminista ha permitido identificar las distintas formas que asumen las desigualdades de género en la ciencia y la tecnología. En un primer momento, logró visibilizar la escasa participación de ingenieras e inventoras mujeres en los diseños y cómo ello repercutía en su implementación. Más tarde, otros trabajos dialogaron críticamente con las corrientes constructivistas y dieron cuenta de cómo los enunciados científicos y las innovaciones técnicas se configuran socialmente a través de redes de relaciones entre actores, que obligan a desarmar los límites entre los laboratorios y sus entornos, entre tecnólogos/as y usuarios/as, entre tecnología y sociedad. La perspectiva de género logró demostrar que en esas trayectorias socio-técnicas se (re)produce el androcentrismo, y que los cuerpos sexuados y la diferencia sexual son construcciones históricas, situadas y contingentes. Con este enfoque, los saberes y las tecnologías biomédicas dejaron de verse como el resultado de la aplicación de metodologías neutrales y objetivas, para ser leídos sino como productos de relaciones de poder.

Este libro introduce discusiones teóricas, sociales y políticas sobre las relaciones entre tecnologías biomédicas, desarrollos farmacéuticos y feminismos, a partir de la selección de cinco artefactos biotecnológicos/farmacéuticos que pueden afectar la vida sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Ellos son: la píldora anticonceptiva, el implante subdérmico, el test de embarazo, el ultrasonido y el misoprostol. Consideramos que los modos de investigarlos, producirlos, etiquetarlos, prescribirlos, difundirlos, comercializarlos y usarlos transformaron la atención de la ginecología y de la obstetricia en los servicios de salud; e incidieron en las decisiones y percepciones de las mujeres y personas con capacidad de gestar respecto a

sus cuerpos. Sus implicancias sociales se profundizaron a partir de la circulación que alcanzaron más allá del ámbito de la salud, en el desborde de sus usos y significados, por ejemplo, la píldora anticonceptiva presentada como solución al subdesarrollo y la pobreza; las ecografías obstétricas como una “primera foto del bebé” o usadas en los repertorios audiovisuales de los activismos que se oponen al aborto legal. En ese sentido, estas tecnologías juegan un papel clave en consideraciones sociales sobre los embarazos, maternidades y abortos.

En este libro nos preguntamos también, ¿qué hace que una tecnología pueda considerarse feminista? Linda Layne data la aparición del término “tecnología feminista” en la literatura estadounidense a comienzos de los años 80, y propone definirla como innovaciones tecnológicas que pueden mejorar la vida de las mujeres, al colaborar con el desarrollo, la expansión y la expresión de sus capacidades<sup>1</sup>. Nuestro análisis retoma esta idea y, cómo hace Layne, enfoca en los beneficios, los costos y potenciales efectos emancipadores de recurrir a estas tecnologías. Consideramos a las personas usuarias como sujetos situados, históricos, y por eso cambiantes, y hacemos propio el desafío que propone el xenofeminismo cuando afirma que “la innovación tecnocientífica debe enlazarse con un pensamiento teórico y político colectivo en el cual mujeres, queers y disidentes de género tengan un rol sin paralelo”.<sup>2</sup>

El libro retoma resultados de nuestras propias investigaciones y los aportes de bibliografía especializada para ubicar los eventos y procesos históricos de la Argentina en contextos y diálogos transnacionales. Indagamos en los procesos de apropiación subjetiva de estos artefactos y sus relaciones con la política sexual de cada momento, y las controversias y debates que produjeron. En los recorridos históricos que presentamos, tenemos en cuenta las políticas de población, de desarrollo y sociales de cada momento; los intereses de la corporación médica, el ámbito científico y los laboratorios; las directrices en términos de moral sexual del Estado y la Iglesia católica; así como los debates y acciones de los movimientos de mujeres y activismos feministas. Como señalan Tone y Seigel Watkins, es necesario comprender estos desarrollos a partir de las múltiples rutas políticas, sociales y comer-

1. Linda Layne, “Introduction”, en Linda L. Layne; Sharra L. Vostral; Kate Boyer, eds., *Feminist Technology*, Champaign, University of Illinois Press, 2010, pp. 1-35.

2. Laboria Cuboniks, *Xenofeminismo. Una política por la alienación*, 2015. <https://laboriacuboniks.net/manifiesto/xenofeminismo-una-politica-por-la-alienacion/>

ciales en las que va probándose la eficacia terapéutica y se negocian sentidos e intereses entre decisores de políticas de salud, médicos, ejecutivos de laboratorios y empresas de insumos biomédicos, activismos y personas usuarias.<sup>3</sup>

El marco conceptual y político de la justicia reproductiva nos direcciona a considerar el derecho a no tener hijos y también a tenerlos y criarlos en ambientes saludables y libres de violencia, incluyendo la violencia estatal<sup>4</sup>. Queremos aportar al conocimiento social sobre la historia de la píldora, los implantes subdérmicos, el test de embarazo, el misoprostol y el ultrasonido aplicado a la obstetricia, artefactos presentes en la vida cotidiana de muchas personas y precisamente por eso, naturalizadas muchas de sus significaciones. Conocer las relaciones de poder que tramaron el desarrollo de los anticonceptivos hormonales revela, para quien solicita una receta y para quien la prescribe, un conjunto de intereses confluyentes, contradictorios y opuestos que configuran modos de comprender la autonomía, el cuidado y la soberanía del cuerpo. Lo mismo sucede respecto al misoprostol, los test de embarazos y las ecografías obstétricas.

Las primeras reflexiones conjuntas sobre los contenidos de este libro tuvieron lugar en noviembre de 2021, en el marco del Congreso “De los márgenes al centro. Procesos de investigación, docencia y extensión en género y sexualidad(es)” organizado por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN). Allí desarrollamos, de modo virtual, el Panel “Tecnologías biomédicas y salud feminista: ¿alianzas posibles?” en donde nos preguntamos: ¿cuáles han sido las implicancias subjetivas en términos de autogestión, saber y poder de dispositivos como el test de embarazo, las pastillas e implantes anticonceptivos, el ultrasonido y el misoprostol? ¿Cómo se co-construyen las tecnologías entre científicos/as, profesionales de la salud, mujeres/personas con capacidad de gestar y militantes feministas? ¿De qué maneras las mujeres cis están implicadas como usuarias reales o imaginadas en el diseño de algunas de estas tecnologías? ¿Qué usos novedosos y distintos a los previstos dan sus usuarias? ¿Pueden los intereses económicos de los grandes laboratorios confluir

con una agenda feminista de la salud sexual y reproductiva? ¿Qué hace feminista a una tecnología?

En el capítulo 1, “Tecnologías anticonceptivas en debate”, presentamos los momentos más significativos de la historia de la anticoncepción hormonal a partir de dos desarrollos farmacéuticos: la píldora y los implantes subdérmicos. En la primera parte introducimos los debates políticos, médicos y religiosos que generó la circulación de la píldora en los años sesenta y setenta, en el contexto transnacional de la Guerra Fría, y su recepción en la Argentina. Presentamos sus vinculaciones con las transformaciones en las pautas de moral sexual, los debates sobre crecimiento demográfico y desarrollo, las posiciones divergentes dentro de la Iglesia católica y las discusiones en las agrupaciones feministas y de izquierda sobre sus implicancias geopolíticas. En el caso de los implantes subdérmicos, reconstruimos el recorrido desde su creación en la década de 1980, como una tecnología eficaz para las políticas antinatalistas, hasta su incorporación en programas que reivindican la autonomía reproductiva. Mostramos alianzas entre las feministas del Norte y del Sur para modificar sus guiones de diseño original y los significados que se atribuyen a los implantes en redes sociales de mujeres jóvenes. La tensión entre control y autonomía, imposición y decisión, junto a las limitaciones teóricas e imposibilidades prácticas de estas antinomias y de la consigna feminista “Mi cuerpo es mío”, atraviesa todo el capítulo.

En “El test de diagnóstico del embarazo: ¿saber es poder?” introducimos los antecedentes a los modernos dispositivos de detección de embarazo de venta libre en las farmacias. Recorremos los debates científicos en torno a los distintos métodos y modelos; y visibilizamos cómo el binarismo sexual leyó a las hormonas y determinó las características de cada uno de los artefactos diseñados. El capítulo se detiene en la historia de un test desarrollado en la Argentina y de circulación transnacional, que utilizaba a sapos para comprobar la presencia de la hormona gonadotropina coriónica. Finalizamos con el test actual de venta libre, que puede ser realizado de manera personal y fuera del sistema de salud, para reflexionar sobre su impacto sobre las decisiones tempranas respecto al proceso gestacional.

En el último capítulo, “Misoprostol y ecografías: más allá de lo prescripto”, mostramos el desarrollo, circulación y apropiación del misoprostol, creado inicialmente como un protector gástrico para prevenir úlceras pépticas, hasta su recomendación por parte de la Organización Mundial de la Salud para facilitar abortos seguros. En esta trayectoria

3. Andrea Tone y Elizabeth Siegel Watkins, *Medicating Modern America. Prescription Drugs in History*, New York, NYU Press, 2007.

4. Loretta Ross, “Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism”, *Souls*, 19, 3, 2017, pp. 286-314.

destacamos el papel desempeñado por las usuarias, quienes advirtieron que el efecto secundario de su ingesta, interrumpir un embarazo, podía servirles en contextos de falta de acceso al aborto legal. Desde sus experiencias y junto con los movimientos feministas, avanzaron en la identificación de las posologías y la descripción del medicamento, cambiando sus objetivos y alcances iniciales. En la segunda parte del capítulo, presentamos distintos usos de las ecografías obstétricas: en los controles médicos prenatales y preaborto, en la propaganda contra el aborto legal, para construir memorias prenatales, acercar a la familia y a los varones padres al desarrollo del “bebé” e incluir al no nacido en la cultura de consumo.

Por último, en el epílogo, hacemos una recapitulación de los ejes y temas trabajados, y planteamos la importancia de poner en diálogo los desarrollos biomédicos y biotecnológicos, con las personas usuarias y la política feminista.

Agradecemos a Gisela Giamberardino por haber alojado nuestro primer diálogo en UNICEN, a Lucía Ariza por sus agudos e inspiradores comentarios en esa ocasión y a Nadia Ledesma Prietto, directora de esta colección, por haber confiado en este proyecto.

## CAPÍTULO 1

### *Tecnologías anticonceptivas en debate*

#### “Yo decido” en contexto

La historia de la anticoncepción muestra que a lo largo de los siglos las sociedades, y particularmente las mujeres cisgénero y heterosexuales, han procurado controlar la fecundidad, incentivadas, apoyadas y limitadas por las coyunturas internacionales, las estructuras económicas y contextos políticos locales, el modelo de familia tenido por deseable, las creencias religiosas mayoritarias, las pautas de moral sexual, los modelos de género imperantes y la disponibilidad de conocimientos, tecnologías e información para hacerlo.<sup>5</sup> La institucionalización de saberes sobre la anticoncepción se inscribe en la tendencia general de tecnologización y dominio del discurso científico en sociedades post-modernas.<sup>6</sup> En ese sentido, los métodos anticonceptivos son artefactos tecnológicos que traman relaciones sociales y encarnan políticas e intereses de muy distintos signos. Esto se materializa en legislaciones, políticas públicas, instituciones, mercados y muy concretamente, en los cuerpos de las personas que utilizan estas tecnologías, mayormente mujeres cisgénero heterosexuales. Estos desarrollos construyen y materializan ideas sobre la feminidad y el cuerpo femenino, al que presentan como hormonal, cíclico y reproductivo.

La articulación del paradigma de los derechos humanos y la anticoncepción se dio primero a fines de la década de 1960, con la definición del derecho a la planificación familiar, y más adelante, con la noción de derechos reproductivos. En el contexto de la Guerra Fría y del desarrollismo, la planificación familiar intentó hacer coincidir las demandas por la autonomía reproductiva, con los intereses políticos

5. Jeffrey Weeks, *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*, Madrid, Talasa, 1993.

6. Agata Ignaciuk, “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”, *eajournal*, vol. 1, n.2, 2009, pp. 1-25.

y económicos de los gobiernos y los organismos internacionales. En paralelo, desde la academia y los activismos feministas, los procesos reproductivos comenzaron a ser pensados, de forma más sistemática, vinculados a relaciones de poder. En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, y al año siguiente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing, los términos salud reproductiva y derechos reproductivos compitieron con la noción de planificación familiar. La nueva propuesta era colocar a las personas como sujetos de las políticas de acceso a información y métodos anti-conceptivos, sin importar si estaban en una relación de familia o pareja. En el documento de la Conferencia de El Cairo se especificó:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos (7.2).

(...) los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir 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. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (7.3).<sup>7</sup>

7. Organización de Naciones Unidas (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Nueva York, Naciones Unidas.

Josefina Brown sostiene que el término derechos reproductivos no fue un concepto impuesto por los organismos internacionales y sus declaraciones, sino que respondió a las acciones e intereses del movimiento de mujeres y las feministas. “Fueron ellas quienes presionaron por la incorporación de estos temas en el ámbito internacional a partir de la movilización, la presión y el lobby ejercido en las Conferencias Internacionales y en las reuniones preparatorias (...)”.<sup>8</sup> Estos activismos se enlazaron también con las discusiones sobre las tecnologías contraceptivas y su rol en las políticas de población, al cuestionar los guiones de diseño y monitorear que la introducción de métodos no restringiera los derechos individuales.<sup>9</sup>

Entre las consignas feministas contemporáneas “Mi cuerpo, mi decisión” es una de las más populares y desafiantes, en tanto plantea preguntas sobre la inscripción del cuerpo individual en la sociedad y la consideración del éste como propiedad privada.<sup>10</sup> Si bien esta posición no implica dejar de lado la responsabilidad colectiva, ni la reflexión teórica y política constante,<sup>11</sup> tal como señala Judith Butler, el reclamar el derecho a la propiedad del propio cuerpo nos enfrenta a una paradoja, “constituido en la esfera pública como fenómeno social, mi cuerpo es y no es mío”.<sup>12</sup> A su vez, como feministas, nos sitúa ante el reto de reivindicar la autonomía sin reproducir una lógica individualista liberal. Por otra parte, la consigna se asocia generalmente con el derecho al aborto y a la anticoncepción pero ¿qué sucede cuando una persona decide gestar? ¿Cuáles son los apoyos políticos y sociales que recibe? ¿Cuán diferente resulta de acuerdo con la identidad de género, la raza y la etnicidad, la clase social, la nacionalidad, el estado civil, sus preferencias y vinculaciones sexo afectivas?

Para dar cuenta de esta diversidad y poner en relación las políticas y experiencias reproductivas con la interseccionalidad, se elaboró el concepto de Justicia reproductiva. Una de las pioneras en sistematizar

8. Josefina Leonor Brown, “Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas”, *Cadernos Pagu*, (30), 2008, pp. 269-300.

9. Anita Hardon, “Contesting contraceptive innovation-reinventing the script”, *Social Science & Medicine*, 62 (3), 2006, pp. 614-627.

10. Santiago Morcillo y Karina Felitti, “Mi cuerpo es mío”. Debates y disputas de los feminismos argentinos en torno al aborto y al sexo comercial”, *Amerika*, 16, 2017, pp. 1-15.

11. Anne Phillips, *Our bodies, whose property?*, New Jersey, Princeton University Press, 2013.

12. Judith Butler, *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires, Paidós, 2006, p.52.

zardo fue Loretta Ross y la coalición nacional de mujeres de color y organizaciones aliadas *Sister Song*, una colectiva fundada en Chicago en 1997. Sus integrantes enfrentaban un conjunto de opresiones y se dieron cuenta que su capacidad para determinar su propio destino reproductivo no eran sólo una cuestión de elección y acceso individual, sino que estaba directamente relacionada con las condiciones de su comunidad. La Justicia reproductiva abarca el derecho a no tener hijos, a tenerlos en un ambiente seguro y sano y a conservar la autonomía corporal personal.<sup>13</sup>

Este marco de análisis teórico y de intervención política, visibiliza el hetero cis sexismo que, como sostiene Vir Cano<sup>14</sup>, niega las sexualidades no-hetero-cis-mono-normativas, las experiencias de lesbianas, varones trans, bisexuales, pansexuales y no-binaries, entre otros, y las expulsa de los consultorios ginecológicos. A su vez, si bien la ley de identidad de género de la Argentina no requiere de procedimientos de esterilización, como sí sucede en otros países, tampoco impulsa políticas para preservar la fertilidad de las personas trans. En este sentido, los guiones de las tecnologías disponibles para emprender modificaciones corporales juegan un rol muy relevante. A partir del concepto de "eugenesia pasiva" acuñado por James Bowman, Blas Radi analiza cómo en ella se traman los imaginarios normativos sobre las capacidades y deseos reproductivos de las personas trans, las representaciones sobre el embarazo y la femineidad, y la forma que ha adquirido la política de identidades en los movimientos feministas contemporáneos, como ejemplifica asociar el derecho al aborto solamente con las mujeres cis.<sup>15</sup>

Mara Viveros sostiene que la reproducción humana es un ámbito en el cual se manifiestan de forma muy aguda las desigualdades de

género.<sup>16</sup> El cissexismo<sup>17</sup>, el capacitismo<sup>18</sup>, la discriminación por edad y la exclusión de varones cisgénero de la investigación biomédica y de las políticas públicas de anticoncepción, han sido señaladas por la academia feminista y los activismos. Para las mujeres cisgénero heterosexuales, estas desigualdades se traducen en numerosos y diversos obstáculos en el acceso a información y métodos anticonceptivos, en la presión que reciben para conformarse a las expectativas sociales relacionadas con la maternidad, en la imposibilidad de evitar los efectos adversos de muchos anticonceptivos sin medicalizar los síntomas y en la orientación casi exclusiva sobre ellas de los programas de planificación familiar y de los estudios de salud reproductiva.

En este capítulo analizamos el desarrollo y recepción internacional y local de la píldora anticonceptiva y los implantes subdérmicos, y los inscribimos en un escenario de confluencia y disputa entre los organismos internacionales, las instituciones de salud, los gobiernos, las industrias farmacéuticas, las asociaciones médicas, los feminismos y las personas usuarias, fundamentalmente mujeres cisgénero heterosexuales. Las tensiones entre las políticas de control de la natalidad y la defensa de la libertad reproductiva, entre la imposición y la libre elección de un método anticonceptivo, así como la diversidad de experiencias de acuerdo con la clase social, la edad, la raza, la identificación de género y la nacionalidad, atraviesan las páginas que siguen.

### La píldora sale al mercado

La historia del desarrollo de la píldora está ligada a la expansión de un amplio rango de disciplinas, como la bioquímica y la endocrinología, y muestra la confluencia de diversos intereses, instituciones y actores<sup>19</sup>. El 23 de junio de 1960 las pastillas *Enovid*, elaboradas por el

13. Loretta Ross y Rickie Solinger, *Reproductive justice. An introduction*, Berkeley, University of California Press, 2017.

14. Vir Cano, "Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización", *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista latinoamericana*, 33, 2019, pp. 42-58.

15. Blas Radi, "Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos", en Fundación Soberanía Sanitaria (comp), *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Argentina, Tinta limón, 2019, pp. 125-143.

16. Mara Viveros Vigoya, "La esterilización masculina: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano", *Sexualidad, salud y sociedad. Revista latinoamericana*, 1, 2009, pp. 11-29

17. Cissexismo se refiere al sistema que prioriza a las personas que se identifican con el género asignado al nacer como la norma, y las jerarquiza. Es una forma de violencia contra las personas trans, travestis y no binarias.

18. Capacitismo se refiere al sistema que entiende que la norma son los cuerpos productivos, autónomos y que no tienen discapacidades. También alude a una forma de discriminación contra las personas con discapacidad.

19. Laura Marks, *Sexual Chemistry: A History of the Contraceptive Pill*, London, Yale University Press, 2001; Elizabeth Siegel Watkins, *On the Pill: A Social History of Contracep-*

laboratorio G. D. Searle, comenzaron a comercializarse en los Estados Unidos. La Administración Federal de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) las había aprobado para su venta como anticonceptivos el 9 de mayo de ese año, pero desde 1957 su empleo era permitido para tratar “desórdenes ginecológicos” como la infertilidad o el sangrado excesivo durante la menstruación. Desde 1958 Searle comunicaba a la prensa los resultados de algunas pruebas clínicas para testear la respuesta de la opinión pública a su nuevo producto. Esto se hacía con cautela, ya que en algunos lugares de los Estados Unidos la promoción de la anticoncepción estaba aún prohibida por las leyes contra la obscenidad. Además, la empresa consideraba difícil que mujeres saludables tomaran por largos períodos de tiempo una droga, cuyos efectos en el largo plazo eran todavía desconocidos, por el solo hecho de evitar embarazos.<sup>20</sup>

La historia se encargó de refutar este pesimismo inicial: millones de mujeres han elegido la píldora como método anticonceptivo, más allá de las valoraciones políticas, médicas, morales y religiosas sobre ella, e incluso por encima de sus efectos adversos. En ese momento inicial, los fuertes dolores de cabeza y el aumento de peso estaban entre los más referidos. De acuerdo con una investigación, este último tuvo como correlato el aumento de la oferta de dietas para adelgazar y una mayor venta de corpiños de tasa C. Algunas mujeres se quejaron y otras encontraron en esta transformación corporal una ventaja que las hacía encajar en un modelo de belleza que celebraba las curvas y pechos grandes. En junio de 1961, el laboratorio Schering lanzó las primeras píldoras anticonceptivas en Alemania y en otros países de Europa bajo el nombre de *Anovlar*, con una fórmula que había logrado reducir en un tercio el contenido de estrógeno existente en *Enovid*, aunque todavía sus efectos secundarios seguían siendo importantes.

En 1969 la periodista Barbara Seaman publicó el libro *The Doctors' Case against the Pill*, donde detalló los riesgos de salud que la píldora traía a sus usuarias, sistematizando una información que había comenzado a comunicar en radios, canales de televisión y artículos de revista. Seaman se consternó al comprobar cuántas mujeres conocían estos riesgos, por leer sobre ellos o padecerlos, y aun así se rehusaban a abandonar las pastillas. Por ejemplo, cuando su médico

le advirtió a una usuaria sobre la posibilidad de contraer cáncer en un futuro cercano, la mujer le respondió que no le importaba desarrollar la enfermedad en cinco años si durante el tiempo previo podía disfrutar de ponerse pies para arriba y leer una revista, sin tener más hijos que atender. Su decisión estaba tomada: si él no le prescribía la píldora buscaría a otro que lo hiciera<sup>21</sup>.

La historiadora Andrea Tone consultó en la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos el archivo personal y la correspondencia de Gregory Pincus, uno de los médicos que lideró la investigación en Worcester Foundation for Biomedical Research, que derivó en la elaboración de *Enovid*. Allí encontró cartas de mujeres que solicitaban entusiasmadas ser parte de las pruebas clínicas y otras en donde le agradecían haber transformado sus vidas. Vale la pena relatar esta escena que comenta en una de estas misivas la secretaria ejecutiva de la filial de Planned Parenthood, en St. Paul, Minnesota. En una de las sesiones de clínica médica, una mujer que tomaba *Enovid*, contó que había besado la fotografía de Pincus publicada en el periódico local porque gracias a él era el primer año, en 8 de matrimonio, que no estaba embarazada<sup>22</sup>. Efectivamente, con la píldora muchas mujeres se liberaron de maternidades no elegidas y al mismo tiempo, se sometieron al control médico: necesitaban una receta y también un seguimiento clínico de los efectos de estas hormonas en sus organismos.

Uno de los principales obstáculos para la producción masiva de los anticonceptivos orales fue el alto precio de las hormonas sintéticas esteroides. Este problema logró superarse con la introducción de un tubérculo conocido como barbasco que crecía en el sur de México, en la zona de Oaxaca. En 1940 las investigaciones del químico Russell Marker demostraron que podía servir como materia prima para la progesterona y la cortisona. A partir de este conocimiento se detonó una carrera por el control de la explotación del barbasco que afectó a los campesinos, mientras que el gobierno mexicano intentó la nacionalización de su producción. Con este aporte, América Latina se ubicó como productora de ciencia y no solo como consumidora, pero esta participación clave ha sido poco divulgada y reconocida. No se piensa en México cuando se evoca la historia de la píldora y esto responde a cómo se construye y relata el desarrollo científico<sup>23</sup>.

tives, 1950-1970, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1998; Andrea Tone, *Devices and Desires. A History of Contraceptives in America*, New York, Hill and Wang, 2001.

20. Laura Marks, *Sexual Chemistry... op. cit.*; Elizabeth Siegel Watkins, *On the Pill... op. cit.*

21. Andrea Tone, *Devices and Desires... op. cit.*, p. 245.

22. Andrea Tone, *Devices and Desires... op. cit.* p.234.

23. Gabriela Soto Laveaga, *Jungle Laboratories: Mexican Peasants, National Projects,*

Las primeras pruebas clínicas a gran escala se realizaron en Puerto Rico a partir de 1956, con mujeres menores de 40 años, con al menos dos hijos nacidos vivos como prueba de su fertilidad y dispuestas a tener otro si el método fallaba. La elección del lugar se basó en la caracterización de la isla como uno de los ejemplos más dramáticos de la “bomba poblacional”, por sus altos índices de crecimiento demográfico y sus bajos niveles de desarrollo. Además, ya existían antecedentes de intervención médica en temas de natalidad bajo la impronta de los estudios de Medicina Tropical y la influencia del pensamiento eugenésico. De acuerdo con la investigación de Laura Briggs, gran parte de la prensa y del feminismo local, los independentistas, el Colegio de Médicos Católicos y los obispos denunciaron públicamente el desarrollo de una “campaña neomalthusiana” con componentes racistas y varias voluntarias se retiraron de las pruebas a causa de estas noticias y los molestos efectos secundarios. Pese a estas discusiones, las pruebas continuaron y plantearon dilemas a quienes creían en la necesidad y las ventajas de la planificación familiar en la isla, pero también advertían que podían estar colaborando con una nueva política colonialista. Estos procesos produjeron alineamientos antes impensados entre parte del feminismo local, los nacionalistas y la Iglesia Católica<sup>24</sup>.

Las feministas afroestadounidenses también dejaron en claro su posición. Como expresó Angela Davis, las feministas blancas en sus luchas por el acceso a la anticoncepción y el aborto no habían tomado verdaderamente en consideración las luchas contra el racismo y la opresión de clase, y con ello la esterilidad involuntaria y los obstáculos y faltas de apoyo para las madres de color<sup>25</sup>. A su vez, acordaban en la necesidad de denunciar el intento de un “genocidio negro” y de sostener la reproducción de su raza, pero también se preguntaban quiénes iban a asumir las responsabilidades de crianza que esto implicaba.

### Planificación familiar y Guerra Fría

Los debates mundiales sobre el crecimiento demográfico y sus consecuencias incidieron tanto en el desarrollo de la píldora como en su distribución. De acuerdo con el diagnóstico de algunos analistas, aca-

démicos, políticos y representantes de organismos internacionales y fundaciones privadas, la baja en los índices de natalidad constituía un requisito indispensable para evitar el colapso de los recursos naturales y en términos geopolíticos, serviría para impulsar el desarrollo económico en el Tercer Mundo, y así prevenir y contener la conflictividad social. Esta interpretación tuvo fuertes apoyos y también resistencias. En 1968, durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, la planificación familiar fue definida como el derecho humano fundamental de los padres para decidir sobre el número de hijos y los intervalos entre sus nacimientos. Ese mismo año Pablo VI dio a conocer la encíclica *Humanae Vitae*, en donde se plantearon críticas a los programas de planificación familiar, no sólo en términos morales sino en defensa de las libertades personales y la soberanía de cada país. Además, y contra la expectativa de gran parte del campo católico, el documento solo reconoció como legítimos a los métodos contraceptivos naturales, generando una fuerte división entre quienes iban a seguir recomendado la píldora anticonceptiva como medio para ejercer una paternidad responsable y quienes obedecerían la decisión papal y se limitarían a promover la abstinencia.

La portada del 11 enero de 1960 de la revista estadounidense *Time*, que llevó como título “The population bomb”, resulta un buen ejemplo sobre el modo de construir el problema demográfico y el reparto de sus responsabilidades. En esta tapa aparecían solamente dibujos de mujeres con bebés y niños/as pequeños/as, que en la diversidad de fisonomías, atuendos y paisajes de fondo, proponían una imagen multicultural de las maternidades. Algunas mostraban caras de preocupación y miradas perdidas, las mujeres negras llevaban su torso desnudo, exotizando sus cuerpos y contraponiendo el “primitivismo” de la vida rural con la urbanización y la sociedad de consumo. En la parte inferior izquierda, una joven rubia de piel clara, con dos niños de igual apariencia, empujaba un carro de supermercado con varios productos y leía la información de una lata de comida. Los varones, en su ausencia, quedaban fuera de la responsabilidad del crecimiento demográfico, las tareas de cuidado y reproducción de la vida material, como buscar agua y hacer las compras. La nota del editor aseguraba que el informe central se basaba en los aportes de 48 corresponsales distribuidos por el mundo, uno de ellos en Brasil, quien a 4 horas de distancia de Río de Janeiro había comprobado la gravedad de la situación al encontrar una familia con 36 hijos. Como en otras publicaciones de la época, el crecimiento demográfico era presentado como un problema bajo una

and the Making of the Pill, Durham, Duke University Press, 2009.

24. Laura Briggs, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico*, Berkeley, University of California Press, 2002.

25. Angela Davis, *Mujeres, raza y clase*, Madrid, Akal, 2005 [1981].

forma exotizada, clasista y misógina, postulando a las mujeres como las encargadas de resolverlo.

En América Latina la difusión de la píldora anticonceptiva y de los primeros programas de planificación familiar generaron debates, apoyos y resistencias a nivel gubernamental y en distintos espacios políticos, académicos, militantes, religiosos y mediáticos. En muchos casos los intereses geopolíticos tendieron a coincidir con el de profesionales de la salud, que buscaban reducir la cantidad de abortos clandestinos y sus consecuentes efectos en la salud pública, y que tenían ya en consideración el derecho de las mujeres a decidir sobre su fecundidad<sup>26</sup>. Al mismo tiempo, el acceso a métodos anticonceptivos modernos se vinculó con ciertas transformaciones de la moral sexual, por ejemplo, la progresiva disociación de la respetabilidad femenina y la virginidad prematrimonial, y la emergencia de un nuevo modelo de familia. Este se caracterizaba por un menor tamaño, relaciones más democráticas entre los miembros de la pareja y entre padres e hijos/as, la creciente autonomía de las mujeres, apoyada en su presencia masiva en el mundo educativo y laboral, así como un modelo de paternidad más comprometido con las tareas de crianza y abierto a la demostración de afecto. Las “nuevas familias” realizaban un mayor consumo de indumentaria, bienes culturales y artefactos para el hogar, impulsadas por una industria publicitaria pujante<sup>27</sup>. Estas adquisiciones eran más factibles si había menos integrantes entre quienes repartir los ingresos, lo que establecía una relación directa entre este modelo capitalista de consumo y la planificación familiar.

### La recepción en la Argentina

Mientras el crecimiento de la población se volvía una obsesión en el mundo desarrollado, en Argentina inquietaba una situación inversa: la sostenida caída de la tasa de natalidad. Esta preocupación no era nueva, ya que desde el principio de su historia como nación moderna el problema de ser un “país vacío” había acompañado a sucesivas generaciones de políticos e intelectuales. La transición demográfica -que contempla el pasaje de un régimen de fecundidad natural a uno

dirigido- fue observable entre 1890 y 1930. Para esta década la reducción de la tasa de natalidad traspuso la barrera de treinta nacimientos por cada mil habitantes, dato que solía considerarse un indicador clave del avance de la transición y una señal inequívoca de que la población adoptaba medidas que regulaban la reproducción. Si en 1895 en la ciudad de Buenos Aires una mujer tenía como promedio cinco hijos al finalizar su vida fértil, en 1936 la mayoría tenía uno o dos. Entre los métodos más utilizados, el coito interrumpido y los abortos se colocaban en primer lugar.

Durante los años sesenta y setenta la cantidad de población fue considerada por el Estado argentino un factor geopolítico de primer orden, en una ecuación opuesta al diagnóstico de muchos organismos internacionales y agencias de ayuda económica estadounidenses. No se trataba de disminuir la población para alcanzar mejores niveles de desarrollo sino de aumentarla y de ese modo, potenciar el crecimiento económico y defender la soberanía nacional ante países necesitados de recursos naturales y excedidos de habitantes. Este diagnóstico chocaba con las transformaciones en los modelos y roles de género y la moral sexual, que a su vez eran resistidas por la modernización autoritaria que plantearon los gobiernos militares de la Revolución Argentina (1966-1973) y la Iglesia Católica. Isabella Cosse definió la revolución sexual argentina como discreta, en tanto hubo conmoción y cambios junto a limitaciones y moderación. En los años sesenta se legitimó el sexo entre jóvenes solteros como prueba para el matrimonio, como expresión de amor y como parte del cortejo; al mismo tiempo, se mantuvo la pauta heterosexual, la centralidad de la pareja y la sexualidad unida a la afectividad. Si bien la homosexualidad dejó de verse como desviación moral, pasó a ser considerada una enfermedad que requería tratamiento<sup>28</sup>.

El importante rol que desempeñó la industria cultural en la difusión de la píldora anticonceptiva fue señalado por estudios realizados en distintos países<sup>29</sup>. En la Argentina, las revistas de interés general y las femeninas presentaron información, realizaron encuestas y contesta-

26. Raúl Necochea López, “Anticonceptivos en el Sur, Seguridad Nacional en el Norte”, *Salud Colectiva*, 6, 1, 2010, pp. 103-111.

27. Thomas Frank, *The Conquest of Cool: Business Culture, Counterculture, and the Rise of Hip Consumerism*, Chicago, University of Chicago Press, 1998.

28. Isabella Cosse, *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta. Una revolución discreta en Buenos Aires*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2010.

29. Manon Parry, *Broadcasting Birth Control: Mass Media and Family Planning*, New Brunswick, Rutgers University Press, 2013, pp. 89-90; Karina Felitti, “De la “mujer moderna” a la “mujer liberada”. Un análisis de la revista *Claudia de México* (1965-1977)”, *Historia mexicana*, 67, 3, 2018, pp. 1345-1393.

ron cartas sobre la eficacia y moralidad de los anticonceptivos orales<sup>30</sup>. Las organizaciones involucradas en programas de planificación familiar trabajaron en el terreno de la comunicación, poniendo énfasis en la producción de materiales accesibles y emotivos que motivaran cambios en las conductas reproductivas. En el caso mexicano, las campañas de difusión del programa de planificación familiar lanzado por el gobierno en la década de 1970 tuvieron una estrategia de comunicación que combinó afiches en la vía pública, spots radiofónicos, propaganda en diarios y revistas, y hasta una telenovela. *Acompáñame*, coproducida por Televisa, contaba la historia de tres hermanas y sus diferentes experiencias de vida en virtud de su adhesión o no a la planificación familiar: la que regulaba la natalidad era quien tenía una vida más feliz y exitosa. Durante los 9 meses que permaneció al aire, se registraron llamados a la Comisión Nacional de Población (CONAPO) durante las pausas comerciales y hubo encuestas que mostraron la creciente adherencia a los anticonceptivos orales entre las televidentes<sup>31</sup>.

En Argentina, los primeros laboratorios que comercializaron las píldoras fueron Parke Davis y Eli Lilly (*Sequence*). Entre fines de 1960 y principios de 1961, la empresa alemana Schering comenzó a producir las localmente bajo el nombre de *Anovlar*. El prestigio de esta compañía, su experiencia en Europa y la ausencia de otros competidores, dados los temores que generó al principio embarcarse en esta producción, la colocaron rápidamente en el primer lugar de ventas. Emilio Schlumpp, empleado en las secciones de marketing y de investigación médica de esta empresa desde 1959, vivió de cerca la instalación de la píldora en el mercado. Según él, la apatía y las resistencias a la anticoncepción oral, además de sus bases políticas, demográficas y religiosas, era potenciada por la escasa información que manejaban los médicos sobre temas reproductivos. En respuesta a este problema, Schering, además de buscar constantemente la reducción del dosaje hormonal para así disminuir los efectos secundarios adversos, puso en marcha acciones para mantener a su nuevo producto en un lugar

destacado. La empresa apoyó económicamente investigaciones de profesionales influyentes en el campo médico; organizó conferencias, congresos y cursos en Buenos Aires y en otras provincias, con la participación de especialistas nacionales e internacionales que relataban sus experiencias en la administración de anticonceptivos hormonales; apoyó la publicación de estudios sobre el tema en revistas especializadas y giró información a diarios y revistas. Una de las estrategias clave fue capacitar a sus agentes de propaganda, quienes hacían la conexión directa entre la empresa y cada médico/a.

Otro modo de instalar el producto fue mantenerlo económicamente accesible: tenían como objetivo que su precio no superara el valor de una entrada de cine. Para atender a la población que a pesar de su bajo costo no podía comprarlas, la empresa distribuyó píldoras de manera gratuita en los hospitales o a muy bajo precio en los centros privados que asesoraban en planificación familiar. En la década de 1970 las acciones de propaganda de Schering en el ámbito médico se combinaron con la atención directa a las consultas de las mujeres con la creación de una línea de teléfono. Schlumpp y Klemman, un médico que trabajaba para esta firma en ese momento, recuerdan algunas anécdotas: el llamado de una señora que, preocupada por la seguridad del método, quiso saber si su marido también debía tomar la píldora, y otra consulta de una joven que, como tenía dos novios, pensaba que estaba obligada a tomarla dos veces cada día<sup>32</sup>.

Sin apoyo estatal, a diferencia de lo que sucedía en otros países de la región, el diseño y la puesta en marcha de programas de planificación familiar quedaron en manos de la sociedad civil, principalmente a cargo de la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF), una fundación privada que contaba con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar, la institución que desempeñó un rol clave de promoción en este tema en casi todos los países de la región. La píldora fue distribuida en los centros de la AAPF, en los ámbitos de salud en donde trabajaban sus miembros y en programas de atención médico social como el que desarrolló la Universidad de Buenos Aires en la Isla Maciel a principios de los sesenta<sup>33</sup>.

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), casi en paralelo al lanzamiento al mercado de *Enovid*, comenzó

30. Karina Felitti, "El control de la natalidad en escena: anticoncepción y aborto en la industria cultural de los años sesenta", en Isabella Cosse, Karina Felitti y Valeria Manzano, coord., *Los sesenta de otra manera. Vida cotidiana, género y sexualidades en la Argentina*, Buenos Aires, Prometeo, 2010, pp. 205-244.

31. Gabriela Soto Laveaga, "Let's become fewer': Soap operas, contraception, and nationalizing the Mexican family in an overpopulated world", *Sexuality Research & Social Policy. Journal of NSRC*, 4,3, 2017, pp. 19-33.

32. Karina Felitti, *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en los sesenta*, Buenos Aires, Edhasa, 2012.

33. Karina Felitti, *La revolución de la píldora... op. cit.*

a discutir sobre sus efectos y los intereses económicos y políticos alrededor de las píldoras. En el discurso que inauguró las sesiones de 1962, el presidente de la entidad, Carlos Calatroni, asentó su posición denunciando el potencial peligro de estas combinaciones hormonales: “No es un progreso médico; es falta de madurez científica, escaso sentido de la responsabilidad, pues significa olvidar que en materia de intervenciones endocrinas estamos en el mismo estado que en materia de vuelos extraplanetarios”. En la misma reunión otros profesionales apoyaron la posición del presidente de la entidad, dando cuenta de un estado de situación en el que primaba la confusión, las dudas, las presiones políticas y los dilemas morales.

En 1964, Roberto Nicholson, el médico que había liderado la experiencia piloto de planificación familiar en la Isla Maciel, expuso en SOGIBA su trabajo de investigación sobre las consecuencias del empleo de preparados hormonales con sus pacientes. Contra la opinión general de los miembros de la entidad, que se mostraban reacios a su uso, Nicholson destacó la tolerancia de los efectos secundarios (vómitos, náuseas, cefaleas, retención hídrica, etc.) y su alta seguridad y eficacia como medio de planificación familiar. Su presentación generó duras críticas: algunos consideraban que el estudio tenía poca calidad científica y que su postura podía afectar su prestigio profesional, su moral y sus convicciones religiosas, ya que era conocido por su catolicismo. Pedro Pasi, uno de los más férreos opositores al uso de las píldoras, argumentó que permitir su empleo “era negar la feminización de la mujer, porque lo más femenino que tiene la mujer es la ovulación”. En estas discusiones, los aspectos geopolíticos de la píldora y sus implicancias en los roles y relaciones de género fueron más importantes que la revisión de sus efectos concretos en la salud de las mujeres, un tema poco discutido entonces y, como señalamos más adelante, hasta ahora minimizado<sup>34</sup>.

Las agrupaciones feministas que surgieron a inicios de la década de 1970 expusieron públicamente sus demandas en torno al acceso a la anticoncepción, el aborto y la libertad sexual. Sus reclamos se enfrentaron con los límites de gobiernos autoritarios y la Iglesia Católica, y los que pusieron intelectuales, políticos y agrupaciones de izquierda preocupados por las medidas de control demográfico que impulsaba

Estados Unidos. El Grupo de Estudio y Práctica Política Sexual, integrado por militantes de distintas agrupaciones feministas y del Frente de Liberación Homosexual de la Argentina, elaboró en 1973 el documento “La moral sexual en la Argentina”. Este texto asignaba significados políticos concretos a la revolución sexual y anticonceptiva, poniendo en entredicho sus alcances liberadores. Refiriéndose a “la píldora anti-baby” sostenía que:

su inserción en la pareja no cuestiona la relación de dependencia de la mujer respecto al varón. Su uso es aceptado dentro de la institución matrimonial, en tanto que la relación extramatrimonial sigue prohibida, y la prematrimonial es vivida con culpa por la mujer. Por otro lado, la píldora se ha extendido dentro de ciertos límites de clase, en especial en las capas medias urbanas, y no en los sectores más empobrecidos que, en el caso de las poblaciones marginales, producen madres condenadas a cargar con cantidades desmesuradas de hijos<sup>35</sup>.

Por su parte, algunas organizaciones de izquierda consideraban a la revolución sexual y al feminismo como una distracción impuesta por el imperialismo. Dos de las más importantes agrupaciones volcadas a la lucha armada, el Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP) y Montoneros, se expresaban claramente contra el control de la natalidad y defendían la necesidad de “dar hijos a la revolución”. Vale la pena transcribir uno de los primeros párrafos del libro *Las venas abiertas de América Latina* del escritor uruguayo Eduardo Galeano, publicado en 1971:

Nuevas fábricas se instalan en los polos privilegiados de desarrollo – San Pablo, Buenos Aires, Ciudad de México– pero menos mano de obra se necesita cada vez. El sistema no ha previsto esta pequeña molestia: lo que sobra es gente. Y la gente se reproduce. Se hace el amor con entusiasmo y sin precauciones (...) Las misiones norteamericanas esterilizan masivamente mujeres y siembran píldoras, diafragmas, espirales, preservativos y almanaques marcados, pero cosechan niños; porfiadamente, los niños latinoamericanos continúan naciendo, reivindicando su derecho natural a obtener un sitio bajo el sol en estas tierras espléndidas que podrían brindar a todos lo que a casi todos niegan (...) Se propone justificar la muy desigual distribución del ingreso entre los países y entre las clases sociales, convencer a los pobres de que la pobreza es el resultado de los hijos que no se evitan y poner un dique al avance de la furia de las masas en movimiento y rebelión (...)

34. Karina Felitti, “El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX”. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 2007, Vol. 27, pp. 333-57.

35. Grupo de Estudio y Práctica Política Sexual, *La Moral Sexual en la Argentina*, Buenos Aires, septiembre de 1973.

En América Latina resulta más higiénico y eficaz matar a los guerrilleros en los úteros, que en las sierras o en las calles<sup>36</sup>.

En febrero de 1974, durante el tercer gobierno peronista (1973-1976), se produjo un quiebre en la política argentina respecto a la planificación familiar y los anticonceptivos orales con el decreto 659/74. Hasta ese momento el Estado no había impulsado ni apoyado programas de planificación familiar, como sí hacían otros gobiernos de América Latina, pero tampoco había impedido su implementación. La nueva medida, en cambio, prohibió las actividades de planificación familiar en dependencias públicas y obstaculizó el acceso a los métodos anticonceptivos con una serie de requisitos como la presentación de una receta por triplicado. Como acción de propaganda, la publicación oficial del Movimiento Nacional Justicialista *Las Bases* puso en la portada de su número de marzo de 1974, fotografías de material informativo de planificación familiar, sobre las que imprimió “Píldoras: contra la familia argentina. Siniestras organizaciones internacionales en descubierto” y anunció una “investigación” sobre “el decálogo de la castración argentina”.

El decreto no afectó a todas las personas por igual: quienes podían conseguir la receta compraron los anticonceptivos orales, pero en los hospitales públicos la situación fue más difícil. Muchos/as médicos/as que venían trabajando en planificación familiar tuvieron miedo de estar haciendo algo en contra de la ley y quedar expuestos/as a una sanción, en una época de violencia estatal, paraestatal y civil en aumento. La dictadura militar (1976-1983) que derrocó al gobierno peronista ratificó las restricciones con un nuevo decreto, pero no encontramos evidencias sobre una vigilancia a su cumplimiento. Por el contrario, algunos documentos prueban la existencia de experiencias o capacitaciones en planificación familiar en zonas rurales o en algunas provincias, desarrolladas por la AAPF, que contaron con el aval de los gobiernos militares locales. Un médico que trabajó en la AAPF en ese momento, entrevistado para una investigación sobre la historia de la planificación familiar en la Argentina, lo explicaba en estos términos: era mejor evitar familias numerosas y pobres que luego en su descontento podrían ser parte de la subversión<sup>37</sup>. Si bien en 1986 el decreto fue derogado, las

sospechas y temores en torno a la planificación familiar persistieron, aun luego de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a fines del 2002.

### El Papa dice no

El debate sobre los métodos contraceptivos permitidos para asumir una “paternidad responsable” tuvo un lugar destacado en la agenda del Concilio Vaticano II. Juan XXIII había designado una comisión pontificia especial para que estudiara las cuestiones relativas al matrimonio, la familia y la procreación, a la que Pablo VI agregó nuevos miembros, entre ellos varios especialistas laicos. Una de las cuestiones críticas para resolver era decidir si los preparados hormonales podían ser aprobados expresamente como anticonceptivos, más allá de que ese fuera su efecto secundario cuando servían a otros objetivos terapéuticos.

En 1967 las conclusiones de la Comisión para la Población, la Familia y la Natalidad se hicieron públicas. El informe de la mayoría aceptó el uso de la anticoncepción hormonal en el marco del matrimonio, al reconocer los problemas que planteaba el ejercicio de una “paternidad responsable” en la vida moderna y que la abstinencia sexual periódica fuera la única alternativa. El informe de la minoría, en cambio, rechazó cualquier cambio de la doctrina para proteger la legitimidad de la Iglesia y consideró que aceptar la sexualidad librada de su función procreadora abriría las puertas a las relaciones prematrimoniales, el sexo oral y anal, la masturbación y la esterilización.

Luego de años de discusión, en 1968, el papa Pablo VI anunció la encíclica *Humanae Vitae*, que confirmó el rechazo a todo medio y práctica de regulación de la fecundidad que no fuera la abstinencia sexual, basándose en las consideraciones del informe de minoría de la Comisión. Dado el peso que habían adquirido los programas de control demográfico y los métodos anticonceptivos modernos en ese momento, el documento vaticano fue un llamado de atención a sus fieles y un mensaje de contenido político para los organismos internacionales y los gobiernos que apoyaban la planificación familiar.

En Argentina, algunos médicos católicos, sacerdotes y teólogos expusieron que el aborto era un “mal mayor” que la anticoncepción podía evitar y preconizaron la libertad de conciencia de los matrimonios ante las nuevas exigencias. De manera contraria, los sectores del clero integrista –nacionalista y conservador–, así como algunos obispos, sacerdotes y laicos más comprometidos con la renovación

36. Eduardo Galeano, *Las venas abiertas de América Latina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2015 [1971], pp. 9-11.

37. Karina Felitti, “Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias”, *Tesis de doctorado en Historia*, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 2009.

posconciliar, la cuestión social e incluso la lucha armada, apoyaron la encíclica con distintos argumentos. Para los primeros su valor radicaba en la defensa que hacía de la soberanía nacional frente a las presiones extranjeras y el límite que ponía a las transformaciones en curso en el campo de la moral sexual y las relaciones de género. Para los segundos, representaba una denuncia a las intervenciones “imperialistas” y una manera de fomentar las familias numerosas, consideradas uno de los valores constitutivos de la población latinoamericana y un recurso necesario para las movilizaciones y luchas que demandaba un cambio de sistema. En una línea similar, el arzobispo brasileño Hélder Câmara, exponente fundamental de la Teología de la Liberación, había mostrado una opinión favorable hacia la encíclica, al reconocerla como un freno a la injerencia estadounidense en su país, aunque no dejaba de reconocer las dificultades que implicaba el cumplir con la disposición papal en una región arrasada por el subdesarrollo. En Argentina, Hernán Benitez, en el número 9 de la revista *Cristianismo y revolución*, publicado en septiembre de 1968, presentó a la encíclica como “un golpe a la oligarquía y al imperialismo”.

Más allá de las tensiones que generaba en los gobiernos latinoamericanos el verse obligados a seguir los dictados de la política internacional o los del Vaticano, los y las practicantes de la religión católica tuvieron que lidiar con sus propias contradicciones. La encíclica indicaba a los cónyuges el ejercicio de una “paternidad responsable” utilizando un almanaque (método del ritmo), un termómetro (método de la temperatura basal), o a partir de la autoevaluación de la consistencia del flujo mucoso cervical que difundieron por esa época el médico australiano John Billings y su cónyuge Evelyn Thomas. Esta propuesta, a diferencia del ritmo, no dependía de la regularidad de los ciclos, ni necesitaba de detallados cálculos matemáticos, además de disminuir los tiempos de abstinencia. Otra ventaja era que reconocía a las mujeres y a sus parejas un rol mucho más activo: explorar la textura, la apariencia y los olores del flujo fomentaba un conocimiento del cuerpo mediante la experiencia y reconocía a las mujeres la capacidad de agenciarlo.

### Sentidos en pugna

La difusión de la planificación familiar y de la píldora puede pensarse como una respuesta a las demandas de muchas parejas, mujeres y agrupaciones feministas que reclamaban el derecho a decidir si tener hijos, cuántos y cuándo, y también, como la contestación más directa

al problema de la “explosión demográfica” y su amenaza al sistema capitalista. En esta línea, las nuevas prácticas reproductivas sirvieron de apoyo a la expansión de un modelo de capitalismo de consumo que a su vez, logró vincularse con aspiraciones de desarrollo personal y libertad individual. La pregunta por la agencia de las mujeres en estas campañas de planificación familiar ha tenido algunas respuestas a partir del recurso de la historia oral y la revisión de fuentes específicas u otras más transitadas pero con diferentes preguntas<sup>38</sup>. El estudio de Laura Briggs sobre las esterilizaciones realizadas en Puerto Rico permite discutir a nivel teórico, lo que implica hacer hablar a sujetos subalternizados<sup>39</sup>. Tal como expusimos al inicio, muchas mujeres quisieron participar de las pruebas clínicas de las píldoras y decidieron permanecer en ellas, a pesar de verse afectadas por sus efectos secundarios. Ante la falta de opciones para evitar de modo eficaz y personal un embarazo, la píldora les resultó la opción más conveniente.

En Argentina, a diferencia de lo que sucedió en los Estados Unidos y en algunos países europeos, los efectos en la salud de las mujeres por la ingesta de la píldora no tuvieron un lugar preponderante en las discusiones. Preocupaba más la relación de fuerzas entre población, territorio, desarrollo, moral sexual y revolución. Fue recién a comienzos del siglo XXI, con el impulso que tomó el movimiento de Ginecología Natural en América Latina, junto con la difusión de la espiritualidad femenina, la extensión de una cultura terapéutica basada en la autogestión de la salud y la sistematización de la crítica feminista al modelo médico hegemónico, que la píldora se puso bajo escrutinio en otros términos<sup>40</sup>. Para muchas jóvenes, la píldora no representa una herramienta de liberación sino un verdadero peligro para su salud integral y un obstáculo para el reconocimiento de sus ciclos, en un contexto en que la menstruación se

38. Por ejemplo, María del Carmen Elu de Leñero (ed.), *Mujeres que hablan: implicaciones psicosociales en el uso de métodos anticonceptivos*, Ciudad de México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, Instituto Nacional de Nutrición, 1971.

39. Laura Briggs, “Discourses of ‘forced sterilization’ in Puerto Rico: The Problem with the Speaking Subaltern”, *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 10, 2, 1998, pp. 30-65.

40. Karina Felitti, “‘Unidas en un gran conjuro’: espiritualidad y feminismos en la Argentina contemporánea”, en Karina Bárcenas Barajas y Cecilia Delgado (coords), *Religión, género y sexualidad: entre movimientos e instituciones*, Ciudad de México, UNAM, 2021, pp. 141-171; Nuria Calafell Sala, “La Ginecología Natural en América Latina: un movimiento sociocultural del presente”, *Sexualidad, salud y sociedad. Revista latinoamericana*, 33, 2019, pp. 59-78.

visibiliza como tema político, de justicia social y derechos humanos. En algunos casos, el método Billings y el de la temperatura basal, los métodos “naturales” recomendados por la Iglesia Católica desde mediados del siglo pasado, son reapropiados como una vía de reconexión con el propio cuerpo y una forma de limitar el control biomédico y los intereses de las grandes corporaciones farmacéuticas.

Para otras jóvenes, en cambio, la píldora sigue siendo una manera simple y accesible de prevenir embarazos, facilitada por políticas públicas que garantizan su acceso de manera gratuita. Entre las alternativas de anticoncepción hormonal disponibles en la actualidad, los implantes ocupan un lugar destacado y actualizan viejas discusiones respecto a las responsabilidades y moralidades en juego a la hora de asumir prácticas anticonceptivas, como veremos en las siguientes páginas.

### El desarrollo de los implantes subdérmicos

La píldora anticonceptiva, para ser eficaz, requiere que las usuarias recuerden ingerirla diariamente y que ninguna otra circunstancia o actor bloquee su acción. Esta puede ser anulada por otros medicamentos, procesos corporales como las diarreas, o la distancia física entre las usuarias y los centros de salud o las farmacias para adquirirlas. Además, no todas las mujeres llevan un estilo de vida que les permita recordar su ingesta y prefieren otros métodos que faciliten su decisión de no tener un embarazo. Por esto, los laboratorios no han sido los únicos interesados en construir un dispositivo que ejerza su poder más allá de la capacidad y el proceder de las mujeres que lo usan. En este sentido, se han ideado métodos de larga duración como los dispositivos intrauterinos (DIU), los implantes y las vacunas anti-fertilidad.

Poco tiempo después del inicio de la comercialización de la píldora, se aprobó el uso de los DIU en Estados Unidos. Su incorporación no trajo tantas controversias morales pero sí judiciales, especialmente en torno al modelo de termoplástico conocido como *Dalkon Shield*. Aunque había sido promocionado como el “Cadillac de la anticoncepción”, superador de los efectos secundarios adversos de las píldoras, provocó muchas infecciones, fue denunciado por su baja seguridad y las usuarias debieron ser indemnizadas. Esta situación encontró solución con la innovación que patentaron Howard Tatum y Ángel Sopeña Quesada, conocida como la T de cobre. El material y la forma evitaron la proliferación de bacterias y los riesgos de expulsión. Sin embargo, los DIU nunca lograron combatir la hegemonía de la píldora.

Los implantes subdérmicos fueron pensados como una solución que combinaba el control hormonal con la larga duración, lo mejor de la píldora y del DIU. Su historia comienza en los laboratorios del Consejo de Población (Population Council), una organización privada focalizada en la investigación internacional sobre temas de salud y población financiada por la Fundación Rockefeller. En 1967, Sheldon Segal y Horacio Croxatto propusieron colocar debajo de la piel unas cápsulas de polímeros que liberarían lentamente las hormonas, como una extensión de otras experiencias para la administración de fármacos lipofílicos. Luego de probar el dispositivo en animales, el International Committee for Contraception Research del Consejo de Población realizó la investigación clínica junto a varias empresas farmacéuticas como Wyeth Laboratories Inc. de Pensilvania y Leiras Pharmaceuticals de Turku, Finlandia<sup>41</sup>. Las primeras aplicaciones se realizaron en 1974 en Chile, un país pionero en el trabajo en planificación familiar. Esos ensayos iniciales también se llevaron a cabo en Finlandia, Dinamarca, Brasil, Jamaica y República Dominicana<sup>42</sup>.

El primer desarrollo aprobado para su comercialización, en 1983, fue *Norplant*, de origen finlandés, que contiene como principio activo levonorgestrel. Luego, como segunda generación, se crearon *Jadelle Implanon* y *Nexplanon*, que liberan etonogestrel. Estos dispositivos son colocados debajo de la piel del antebrazo a través de un procedimiento que requiere de anestesia local y de la pericia de un/a profesional de la salud y dependiendo del modelo, actúan durante tres o cinco años. Su eficacia es superior al 99,5%, porque esta no depende de la agencia de las usuarias, quienes no pueden interrumpir por su cuenta el flujo de hormonas porque para quitárselo también deben ser asistidas por personal capacitado.

Al igual que el DIU, los implantes continúan siendo menos elegidos. Sin embargo, esto no tiene relevancia para evaluar su éxito. Los métodos anticonceptivos de larga duración no fueron diseñados para consumidoras que asisten al mercado y eligen qué utilizar, sino como herramientas eficientes para los efectores de políticas de población en países pobres. Eso explicaría por qué los implantes no construyen

41. Sheldon J. Segal, “The Development of NORPLANT Implants”, *Studies in Family Planning*, 14(6/7), 1983, pp. 159-163.

42. Sheldon J. Segal, “The Development of NORPLANT... op. cit.; Elizabeth Siegel Watkins, “From Breakthrough to Bust: The Brief Life of Norplant, the Contraceptive Implant” *Journal of Women's History*, 22, 3, 2010, pp. 88-111.

menstruaciones con ciclos regulares como la píldora, porque no actúan como un recordatorio del cuerpo hormonal y reproductivo, algo que sí se exigió a la píldora para hacerla más aceptable socialmente<sup>43</sup>. El Consejo de Población solicitó a la FDA que aprobara la venta de *Norplant* en Estados Unidos, con la intención de que estuviera a disposición de los programas de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (State Department's Agency for International Development, USAID)<sup>44</sup>.

También hubo intereses económicos vinculados a su comercialización en ese país. La compañía farmacéutica Wyeth-Ayerst obtuvo la licencia como distribuidora de *Norplant*, como parte de una estrategia para ampliar sus opciones y ventajas comerciales, aunque supiera que sólo abarcaría un mínimo porcentaje del mercado. Después de su aprobación, la empresa tardó varios meses en publicitar el producto entre médicos en las publicaciones especializadas y dos años más para ofrecerlo directamente a usuarias potenciales, en revistas orientadas a lectoras mujeres. Estos anuncios apuntaron claramente a un público consumidor de clase media, dado que ya había controversias sobre un uso segmentado que priorizaba a las mujeres de sectores populares como destinatarias<sup>45</sup>.

### Las feministas dicen no

La historia de las controversias en torno de los implantes anticonceptivos es inseparable del devenir de las demandas feministas frente a las políticas de población. En la década de 1990, especialmente en el contexto de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, se acordó que la perspectiva de las usuarias debía estar involucrada en el diseño de los métodos contraceptivos. En esos años, la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (Women's Global Network for Reproductive Rights) emprendió campañas contra las pruebas del inyectable Depo-provera en los países del Sur, sobre los efectos negativos del DIU *Dalkon Shield* y sobre la seguridad de *Norplant*. La Red fue creada en 1978 y nucleaba a numerosas organizaciones de países del Norte y del Sur, y adquirió un fuerte impulso a mediados de los años ochenta. Su trabajo advertía sobre la inseguridad

que ofrecían esas tecnologías para la salud de las mujeres y también sobre su potencial uso abusivo en el marco de políticas antinatalistas y de esterilización masivas<sup>46</sup>.

Los cuestionamientos a *Norplant* se iniciaron cuando aún estaba en la etapa de prueba. Algunas referentes de organizaciones que formaban parte de esta Red advirtieron que los reclutamientos de voluntarias se hacían a través de avisos poco éticos; realizaron peticiones y lograron suspender los ensayos en Bangladesh y en Brasil. En 1989, en Amsterdam, se reunieron mujeres de Bangladesh, India, Brasil, Indonesia, Tailandia, Dinamarca, Finlandia y Países Bajos en el marco de un seminario financiado por Women and Pharmaceutical Project cuyo tema central fue *Norplant*. Allí mostraron su preocupación por que en la etapa de laboratorio se había señalado a las alteraciones menstruales y otros efectos adversos como menores, y cuestionaron las pruebas de su seguridad en el uso a largo plazo y durante el embarazo. Anita Hardon, una investigadora y activista de la Red, narra la ruptura entre quienes consideraban que debía ser prohibido y quienes preferían establecer diálogos con la industria farmacéutica y los organismos internacionales. Estas últimas primaron en ese seminario y decidieron realizar una investigación sobre las experiencias de las usuarias en varios países. A partir de ella evidenciaron, por ejemplo, que en Indonesia, Tailandia y Brasil las mujeres solían tener dificultades para acceder al retiro del implante, y que en Finlandia e Indonesia se medicaban los cambios en el sangrado con vitamina K. Los resultados se presentaron en el libro *Norplant: under her skin*<sup>47</sup>, que fue criticado por el Consejo de Población, pero no así por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En esa publicación la Red redactó recomendaciones sobre cómo debían administrarse los implantes de forma segura. Solicitaron que las mujeres fueran informadas certeramente sobre sus posibles efectos y que tuvieran que manifestar su consentimiento, que fueran ofrecidos entre otras opciones y que se construyan lugares seguros para insertarlos y extraerlos. Estas sugerencias fueron incorporadas por la

43. Elsa Dorlin, "Pour une épistémologie historique du sexe", *Araben*, 3, 2006, pp. 8-19.

44. Siegel Watkins, "From Breakthrough to Bust... op.cit.

45. *Ibidem*.

46. Jessica Van Kammen, "Who Represents the Users? Critical Encounters between Women's Health Advocates and Scientists in Contraceptive R&D", en Nelly Oudshoorn y Trevor Pinch (ed.), *How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technology*, Cambridge, MIT Press, 2003, pp. 151-71.

47. Barbara Mintzes, Anita Hardon y Hannemieke Hankhard, (eds.), *Norplant: under her skin*, Amsterdam, Women's Health Action Foundation and WEMOS, 1993.

OMS e implicó la modificación del guion de introducción de estas tecnologías<sup>48</sup>. Este proceso puede ser leído como parte del cambio de paradigma de las políticas de población que construyó la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, que llevó a considerar ineludible que las usuarias decidan, aunque los logros continúen midiéndose por la prevalencia de anticonceptivos<sup>49</sup>.

En los Estados Unidos, en el año 2000, la compañía farmacéutica Wyeth-Ayerst retiró a *Norplant* del mercado. En ese país, este método anticonceptivo fracasó no sólo porque debieron enfrentar numerosos juicios y una fuerte campaña de desprestigio por los efectos adversos no informados, sino porque no encontró aceptabilidad entre las mujeres. En su polémica recepción confluyeron la visibilidad de los derechos reproductivos en la agenda social y política, la expansión de ideas y prácticas de consumo en la atención de la salud, la naturaleza cada vez más litigiosa de la sociedad estadounidense y el crecimiento de las críticas y sospechas sobre la industria farmacéutica<sup>50</sup>. En Brasil también se realizaron denuncias sobre la forma en que se involucró a las usuarias en las fases de prueba clínica<sup>51</sup>. Esto determinó que no se comercializaran tempranamente y que no se incluyeran entre las opciones que son accesibles gratuitamente a través del sistema de salud estatal. Allí se estabilizaron en el consumo elitista de las grandes ciudades<sup>52</sup>.

Las controversias no son la única explicación sobre la poca difusión que han adquirido los implantes en relación con otros métodos. También es importante tener en cuenta que son muy costosos y cuando su distribución se da a través del mercado, se trata de tecnologías restringidas a los sectores medios y altos. En América Latina, aunque varía regionalmente, de acuerdo con datos recogidos hasta 2017, los

anticonceptivos de larga duración tienen una prevalencia del 6.7% y su uso es más frecuente en las áreas urbanas y entre mujeres de sectores medios y altos. México es el único país donde superan a los de corta duración y entre adolescentes alcanzan al 20%. Cuba, Colombia, Ecuador, Paraguay y Trinidad y Tobago son los únicos países restantes donde dicha prevalencia es superior al 10%<sup>53</sup>. Sin embargo, algunos gobiernos los distribuyen en el marco de políticas públicas que garantizan su acceso gratuito<sup>54</sup>.

En 1998 la OMS advirtió que en los países subdesarrollados, a dos años de su colocación el 90.6% de mujeres que usaron *Implanon* y el 91.4% de las que tenían *Norplant* continuaban utilizando el método. En cambio, en los países desarrollados lo mantuvieron solo el 55.4% de las que accedieron a *Implanon* y el 47.5% de las que adquirieron *Norplant*. En Argentina, por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación, en un trabajo publicado en 2018, ha identificado que sólo el 13.1% de las usuarias decidieron quitárselo antes de su vencimiento<sup>55</sup>. Estas diferencias en los niveles de adherencia pueden ser explicadas por las barreras que encuentran las jóvenes con menores recursos para quitárselo o para cambiar de método, pero centralmente por los significados que les atribuyen las usuarias a esos dispositivos, a sus efectos y al cuerpo femenino.

### Los implantes y la prevención de embarazos en las adolescencias

En Argentina los implantes anticonceptivos comenzaron a aplicarse en 2014. En 2012, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó la comercialización de

48. World Health Organization, *Subdermal Implantable Contraceptives versus Other Forms of Reversible Contraceptives as Effective Methods of Preventing Pregnancy*, World Health Organization, 1998.

49. Anita Hardon, "Contesting Contraceptive Innovation-Reinventing the Script", *Social Science & Medicine* 62, 3, 2006, pp. 614-27; Jessica Van Kammen, "Who Represents the Users... op. cit.

50. Elizabeth Siegel Watkins, "From Breakthrough to Bust... op. cit.

51. Ana Cristina de Lima Pimentel; Cláudia Bonan Jannotti; Paula Gaudenzi; Luiz Antonio da Silva Teixeira, "A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado", *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1, 2017, pp. 43-52.

52. Elaine Reis Brandão y Naiara Nara Coutinho do Nascimento, "Long-Acting Reversible contraception: Análise das controvérsias que cercam sua circulação no sistema único de saúde no Brasil", *Encuentros Latinoamericanos (segunda época)* 5, 2, 2022, pp. 17-41.

53. Luis Bahamondes, Claudio Villarroel, Natalia Frías Guzmán, Silvia Oizerovich, Norma Velázquez-Ramírez, Ilza Monteiro, "The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations", *Human Reproduction Open Volume*, 1, 2018.

54. Cecilia Rustoyburu, "Los implantes subdérmicos como tecnologías anticonceptivas para adolescentes. Un estudio de su implementación en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina)", *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 22, 2020, pp. 318-40.

55. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, *Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación*. Buenos Aires. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Gobierno de Salud. Presidencia de la Nación, 2018.

la marca *Implanon* para mujeres de entre dieciocho y cuarenta años. Sin embargo, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable los distribuyó gratuitamente en usuarias de entre quince y diecinueve años, con el requisito de que hubieran atravesado un evento obstétrico y no tuvieran obra social. Durante el primer año se aplicaron quince mil dispositivos, y se focalizó su distribución en provincias con altos índices de madres adolescentes.

En 2016, con el inicio de la gestión presidencial de Mauricio Macri se aplicaron importantes recortes presupuestarios en los programas de salud y de educación, incluyendo las políticas de Educación Sexual Integral. Durante algunos meses hubo faltantes de anticonceptivos de larga duración (y otros insumos médicos) en los centros de salud estatales. Sin embargo, más tarde tomaron protagonismo en el marco de una acción interministerial: el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo no intencional en la Adolescencia (ENIA). Desde 2017 se triplicó la cantidad de implantes subdérmicos disponibles, se amplió su población de destino y se publicitaron entre las jóvenes, en el marco de estrategias informativas destinadas a combatir las altas tasas de natalidad entre las adolescentes y al mismo tiempo, promover derechos sexuales y reproductivos. Parte de estas medidas fueron apuntaladas por el apoyo técnico y financiero de UNICEF y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>56</sup>. Desde 2019, los implantes forman parte del Plan Médico Obligatorio (PMO), es decir, puede accederse a ellos de forma gratuita a través del sistema público y de obras sociales, o en clínicas privadas, aunque es poco elegido en este sector. Hasta ahora, no pueden adquirirse en farmacias, como sí sucede con los anticonceptivos orales.

La incorporación de los métodos anticonceptivos de larga duración en las políticas sanitarias de América Latina puede interpretarse como una adecuación a las directrices de los organismos internacionales. Estos fueron un tema central en la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar de 2013, realizada en Addis Ababa (Etiopía). En ese marco, el Consejo de Población, la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y la Reproductive Health Supplies Coalition convocaron al Grupo Bellagio<sup>57</sup>, que solicitó un mayor acceso

a dichos métodos para todas las mujeres. Esta entidad llamó a las organizaciones globales y nacionales de planificación familiar a focalizar en acciones prioritarias para garantizar el acceso equitativo a toda la gama de tecnologías disponibles, como un derecho de las mujeres<sup>58</sup>. El ingreso incipiente de los implantes en Argentina coincidió con su suscripción al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en el marco de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe realizada en 2013. Su profundización, a partir de 2017, está relacionada con la creación de medidas que formaron parte del Marco Estratégico Subregional de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional del Cono Sur, un acuerdo promovido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que fue ratificado por Argentina, Brasil, Paraguay, Chile y Uruguay; y con la adscripción a las metas de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 2015.

En ese momento Argentina mostraba altos niveles de fecundidad entre las adolescentes, en comparación con Chile y Uruguay<sup>59</sup>. Entre 2003 y 2011, la tasa de fecundidad había aumentado sostenidamente entre las mujeres menores de diecinueve años, particularmente en relación con el embarazo no intencional y en 2011 fue la más alta del Cono Sur<sup>60</sup>. Aunque las estadísticas argentinas no permiten cuantificar dicha tasa por grupos socioeconómicos, este dato se tradujo en una creciente ansiedad demográfica. Dejando de lado las situaciones en donde hubo violencia sexual, la maternidad durante la adolescencia no encuentra legitimidad como una experiencia positiva en vastos sec-

---

versidades estadounidenses, fundaciones de empresas multinacionales, a la industria farmacéutica y a los ministerios de salud de Ghana y Sudáfrica.

58. Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), y Reproductive Health Supplies Coalition, *2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice*, Addis Ababa, 2013. Los informes de la provincia de Buenos Aires sobre la distribución de implantes refieren a la resolución de esa reunión como el fundamento por el cual se decidió hacerlo.

59. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, *Situación de salud de los y las adolescentes en Argentina*. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, 2016.

60. Georgina Binstock, *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016.

56. Gimena de León y Manuela Thourte, *Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos*, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, Buenos Aires, 2019.

57. El Grupo Bellagio reúne a expertos vinculados a organismos internacionales, uni-

tores de la sociedad. Los grupos progresistas y feministas se alarman porque suelen interpretarla como un proyecto forzado por las circunstancias; y los grupos conservadores intentan evitarlo para controlar la fecundidad de las adolescentes de escasos recursos<sup>61</sup>. Es por esto que el Plan ENIA fue una política ampliamente aceptada y que tuvo continuidad con el cambio de gestión presidencial en 2019, cuando asumió una coalición que propuso cambiar el rumbo neoliberal de las políticas anteriores y que asumió la ampliación y garantía de los derechos sexuales y reproductivos como tema central de su agenda de gobierno.

El Plan ENIA fue construido como una acción intersectorial en el que confluyen el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el Ministerio de Educación, a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, con la asistencia técnica del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), y el apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y UNICEF. En sus fundamentos, estipula que el embarazo en la adolescencia sedimentaba las inequidades sociales y se propone erradicarlo. Los implantes subdérmicos son concebidos como una pieza clave para garantizar el éxito de la política. En los materiales gráficos de difusión y en los informes, se los ha presentado como una tecnología moderna e innovadora que puede elegirse con autonomía. En ellos no hay lugar para las narrativas sobre sus orígenes controvertidos, ni para problematizar sus guiones de diseño<sup>62</sup>.

### Sentidos de la autonomía

En Argentina, las políticas destinadas a erradicar el embarazo en la adolescencia se articulan con retóricas que reivindican el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Como mencionamos anteriormente, tener hijos en esa etapa de la vida suele no ser leído como

una elección. La autonomía, entendida como la capacidad para elegir sobre el propio cuerpo, suele quedar restringida a quienes prefieren evitar un embarazo y priman las miradas deterministas<sup>63</sup>. En los discursos del Plan ENIA y en las prácticas de los/as profesionales de la salud es posible identificar estos posicionamientos.

En los materiales educativos de este plan se niega que los implantes anticonceptivos provocan efectos adversos<sup>64</sup>, como el aumento de peso, y se reivindica la autonomía de quienes los usan. En la viñeta de la portada de una postal de promoción, una adolescente afirma: “mi mamá dice que me tengo que cuidar con pastillas” y un médico le pregunta: “¿y vos qué preferís?” Ella contesta: “no sé, creo que me voy a olvidar de tomarlas... escuché hablar de un chip”. “Ah sí, el implante subdérmico es un anticonceptivo que se coloca fácilmente y dura varios años”, responde el doctor. La autonomía es sintetizada como la posibilidad de elegir, haciendo uso de su derecho a asistir a la consulta sin la compañía de una persona adulta, y tomar decisiones eludiendo la opinión de la madre<sup>65</sup>. La verdad sobre el significado del chip reside en la voz del experto, que es un profesional adulto, varón, que viste guardapolvo blanco.

Puede verse aquí, que el acceso a los métodos anticonceptivos no sólo está condicionado por la ejecución de las políticas públicas sino también por la autoridad de las/os profesionales de la salud. Por ejemplo, en los momentos en que escasean los implantes en los centros de atención primaria y en los hospitales públicos, suelen ser los/as efectores/as quienes deciden la conformación de la población de destino prioritaria, o quienes accederán al recurso aunque no cumplan con los requisitos estipulados (etario y de evento obstétrico previo). En estas elecciones los guiones de diseño se tornan visibles. En un trabajo etnográfico realizado en Mar del Plata, sobre experiencias de colocación del implante entre 2015 y 2018, hemos identificado que las

61. Edith Pantelides y Georgina Binstock, “La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI”, *Revista Argentina de Sociología*, 5, 9, 2007, pp. 24-43; Ariel Adaszko, “Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo”, en Mónica Gogna (ed), *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Buenos Aires, Cedes, 2005, pp. 33-65.

62. Cecilia Rustoyburu, “Los implantes subdérmicos... op. cit.

63. Paula Fainsod, *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media: una discusión sobre las miradas deterministas de las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y madres en contextos de pobreza*, Buenos Aires, Novedades Educativas, 2006.

64. En la página web Hablemos de todo, administrada por el Instituto Nacional de Juventud, dice: “No es cierto que la aplicación es dolorosa y tampoco tiene efectos adversos como el aumento de peso.” <http://www.hablemosdetodo.gob.ar/metodos-anticonceptivos/#1520883036361-7a84abbe-cb5f>, consultada el 18/03/2022.

65. En Argentina, las normativas vigentes establecen que las personas mayores de 13 años pueden tomar decisiones referidas a su salud (que no impliquen riesgo de vida), sin necesidad de contar con la autorización de sus padres, madres o tutores legales.

mujeres que los reciben suelen ser jóvenes consideradas en riesgo por sus prácticas sexuales, su vulnerabilidad socioeconómica, sus padecimientos psiquiátricos o sus discapacidades<sup>66</sup>.

Es importante destacar que las prácticas de los/as profesionales de la salud se inscriben en escenarios en los que los recursos son limitados. El alto costo de los implantes también media en la construcción de barreras para que las usuarias puedan abandonar el método. Las alteraciones en la menstruación, las jaquecas, los dolores en las mamas, la hinchazón abdominal, el aumento o la disminución de peso, el acné, la falta de deseo sexual y los cambios en los estados de ánimo suelen ser malestares que ellas presentan como argumentos para que se les extraiga el dispositivo. Sin embargo, en las redes sociales y en las entrevistas manifiestan que no siempre logran convencer a un/a médico/a o un/a enfermero/a para que lo haga. Las respuestas que reciben suelen actuar como moralizadoras y reproductoras de las lógicas de las políticas de austeridad, cuando se les pide que soporten los síntomas para no malgastar fondos públicos. Muchas veces estas respuestas parten de enunciados que (re)producen no sólo ideas dominantes sobre la capacidad de las mujeres para soportar síntomas, sino también la disyuntiva: efectos adversos o embarazo<sup>67</sup>. Esta interpretación diferencial del malestar en relación al que manifiestan los varones cisgénero, ha sido ya señalada por los estudios de salud feministas y *queer*, que se profundiza más aún si lo viven personas racializadas, no heteronormadas o marginadas<sup>68</sup>.

En 2018, el Ministerio de Salud de la Nación publicó un informe sobre el seguimiento y la adherencia de las adolescentes a los implantes, en el que concluían que las consejerías en salud sexual y reproductiva cumplían un rol fundamental para que las usuarias aceptaran el método. Comprobaron que cuando se les explicaba lo que sucedería en sus

cuerpos, las jóvenes tendían a soportar mejor los efectos secundarios. En estos enunciados, el derecho a recibir información actuaba como un mecanismo para el avance exitoso de la política de erradicación de embarazos. La limitación de la capacidad de las usuarias para interrumpir el flujo de hormonas no era interpretada como una disminución de su libertad, sino como una puerta para el ejercicio de su autonomía sexual y reproductiva.

Como vimos en la primera parte de este capítulo, los anticonceptivos resultan controvertidos porque ofrecen a las mujeres la posibilidad de controlar su fertilidad, pero también pueden ser herramientas de políticas de población que, en nombre de intereses sociales y económicos, desatienden o minimizan las voluntades individuales y de algunos colectivos. En este sentido, es necesario evitar las miradas esencialistas y totalizadoras sobre las personas usuarias, indagar sobre sus necesidades y responder a sus preguntas. Retomando principios propuestos por el enfoque de justicia reproductiva, los programas de salud sexual y reproductiva deben facilitar decisiones informadas y contemplar las necesidades de quienes no desean tener hijos y de quienes sí, además de garantizar condiciones de crianza en ambientes saludables, seguros y libres de violencia<sup>69</sup>.

En algunos grupos de Facebook las usuarias comparten sus experiencias con los implantes. Allí se (re)producen los guiones que diseñaron los laboratorios y las políticas públicas, pero también se tejen vínculos entre ellas que tornan inteligibles ciertas experiencias somáticas, se intercambia información y se producen conocimientos sobre cómo funcionan estos dispositivos. En estos espacios se hace evidente que, como se advirtió hace décadas respecto a las consumidoras de la píldora, muchas no identifican cómo opera el carácter anovulatorio de estas tecnologías, ni aceptan la confiabilidad que aseguran los datos científicos.

La adopción de miradas interseccionales y la promoción de un modelo de salud centrado en el cuidado y no en el control, nos interpela para no perder de vista las opiniones, dudas y valoraciones de las usuarias, y sus capacidades para co-construir las tecnologías. Por ejemplo, a partir de nuestros trabajos etnográficos locales y en entornos virtuales, detectamos que asociado a la salud, el implante puede ser definido como un “medicamento”, la causa de “muchos males”, una forma discreta de acceder a una anticoncepción continua y duradera,

66. Cecilia Rustoyburu, “Los implantes subdérmicos... op.cit.

67. Cecilia Rustoyburu y Lucía Ariza, “Autonomy in austerity times. Examining hormonal contraceptive implants in Argentina”, *Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness*, 2022. En prensa.

68. Andrea Paz y Carlota Ramírez, “Riesgo(s) en disputa: El poder de definir el futuro deseable.”, en Fundación Soberanía Sanitaria (comp.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2019, pp. 89-100; Moira Pérez, “Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer” en Fundación Soberanía Sanitaria (Ed.), *Salud feminista... op. cit.*; Débora Tajer et al, “Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: Barreras de género en la prevención y atención de la salud”, *Salud Colectiva*, 15, 2019, pp.1-20.

69. Loretta J. Ross, “Reproductive Justice as Intersectional... op. cit.

una forma de no menstruar, no sufrir cólicos, no tomar pastillas diarias, o un método cómodo para una chica que viaja y toma sus propias decisiones. Esta última consideración podría inscribirse en las interpretaciones de los anticonceptivos como *Lifestyle drugs*<sup>70</sup>, tal como estudió Siegel Watkins en relación con la píldora y su prescripción no solo como anticonceptivo sino para el tratamiento del acné y los "desórdenes menstruales"<sup>71</sup>.

Para la década de 1990 las industrias farmacéuticas fueron dejando de lado la investigación y el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos, por los altos costos, las críticas que recibían y porque sus otros usos más allá de la prevención de embarazos comenzaron a asegurarles importantes ganancias. La pandemia del VIH/Sida había desalentado también más innovaciones, en tanto los métodos de barrera eran los únicos que podían dar protección y evitar la propagación del virus. Como afirma Siegel Watkins, la píldora retuvo el dudoso honor de ser la opción contraceptiva menos insatisfactoria y las promesas que acompañaron su lanzamiento sobre mejorarlas no se han cumplido hasta ahora. La necesidad de las personas con capacidad de gestar de contar con métodos que les permitan evitar o planificar embarazos, sumado a las ventajas terapéuticas que ofrecen sus efectos secundarios para otros fines, sigue colocando a los anticonceptivos hormonales en un lugar ventajoso. Mientras la salud reproductiva continúe siendo un tema de mujeres, las farmacéuticas logren beneficios y los gobiernos cumplan con sus metas poblacionales y de desarrollo, la búsqueda de nuevas alternativas queda en un lugar marginal. Ante esto, los movimientos feministas reclaman nuevos compromisos y se preguntan, cada vez con más profundidad y fuerza política, sobre las relaciones entre la píldora y los implantes, con la autonomía y la libertad sexual de las personas usuarias, en cada contexto.

## CAPÍTULO 2

### *Las pruebas para el diagnóstico del embarazo: ¿saber es poder?*

#### Una historia con pis, sangre y hormonas sexuales

En los primeros minutos de *La joven vida de Juno* -una película dirigida por Jason Reitman en 2007, que ganó el Oscar al mejor guión original, tuvo una banda de sonido memorable y fue un éxito de taquilla- una joven blanca estadounidense de 16 años compra varios test de embarazo en un *drugstore*, soporta el acoso del empleado que se los cobra y utiliza el baño del lugar para hacer las pruebas. Ante la confirmación, la adolescente comienza a evaluar sus alternativas: continuar el embarazo y asumir una maternidad, abortar o dar al bebé en adopción. En la película argentina *Las Motitos*, dirigida por Inés Barrionuevo y Gabriela Vidal y estrenada en 2013, Juliana, una adolescente que vive en un barrio humilde de la Provincia de Córdoba, realiza un test de embarazo en el baño de su casa que resulta positivo. Su decisión de no continuar esa gestación da comienzo a la peripecia que implica abortar en contextos de pobreza, marginalidad e ilegalidad de la práctica. Estas dos escenas muestran el uso de una misma herramienta para saber si existe un embarazo y las desiguales relaciones de poder al momento de tomar decisiones con esa información.

Podríamos agregar que la confirmación de un embarazo decidido no escapa a las tensiones entre saber y poder, dado que no todas las personas cuentan con las mismas posibilidades —económicas, sociales, biomédicas, etc.— para gestar y cuidar. A su vez, el acceso diferencial a los tratamientos de reproducción humana asistida o las diferentes valoraciones sociales que reviste un embarazo en la adolescencia o de una persona con una discapacidad, nos lleva a imaginar otras escenas en las que las dos líneas rosas que representan un resultado positivo cobran diferentes significados. Además, los artefactos que permiten identificar un embarazo con cierta fiabilidad, por distintos motivos, no están siempre al alcance de todas las personas.

70. *Lifestyle drugs* se acuñó como término en 1978 y generalmente describe medicación diseñada para mejorar la calidad de vida de las personas y tratar condiciones poco severas.

71. Elizabeth Siegel Watkins, "How the Pill Became ... op. cit.

Por otra parte, perduran “trucos” o mitos que se transmiten de modo informal y ahora también por medios digitales. Por ejemplo, en la página web *todopapas.com*, cuya redacción afirma reproducir consejos científicos, se dice que si al hundir el dedo en el ombligo este salta hacia afuera como un botón, la mujer está embarazada. Esta descripción que hoy nos llama la atención, invita a recordar que hasta avanzado el siglo XX eran los “síntomas naturales” los que se usaban para comprobar el embarazo, y que previo al test portable, el lugar de la prueba no era la intimidad de un baño sino los laboratorios y los consultorios.

Para muchos/as especialistas, los test de diagnóstico precoz de embarazo son unas de las biotecnologías de la reproducción más revolucionarias del siglo XX<sup>72</sup>. Entre sus particularidades se destaca que las pruebas pueden entregar solo una de dos respuestas (sí o no) y describir una situación que ya sucedió. Inicialmente, los científicos interesados en la reproducción estuvieron enfocados en los procesos fisiológicos y trabajaron en el marco de la investigación básica. Estudiaron, por ejemplo, los ciclos de la menstruación en animales, sin una preocupación explícita por los debates eugenésicos y natalistas de población que se sucedían en la escena pública. De todos modos, estas discusiones se tradujeron en la formulación de las preguntas que orientaban los modelos de experimentación, lo mismo que las divisiones en los roles de género imperantes.

Según Adele Clarke, las ciencias de la reproducción eran un área marginal dentro del campo de las investigaciones científicas en la primera mitad del siglo XX y legitimaban sus preguntas en el cruce de saberes entre la biología, la medicina y la agricultura<sup>73</sup>. Las preocupaciones sobre las patologías de las mujeres en la reproducción, tanto en la menstruación como en el embarazo, encontraron mayor desarrollo cuando se constituyó el campo de la endocrinología en la década de 1930. En un primer momento, las hormonas adquirieron protagonismo para dar respuesta a “los problemas de la regla”, pero pronto se convirtieron en sustancias presentadas como reguladores del ciclo menstrual y medios para tratar la amenorrea, la pubertad precoz, la menopausia y la fertilidad... y hasta para “adivinar” embarazos.

Desde las Ciencias Sociales se han estudiado las tecnologías reproductivas en pos de comprender sus implicaciones sociales; por ejemplo, el considerar la infertilidad como un problema o como un desafío en lugar de verla como un estado natural. Gaylene Becker, Ann Rudinow Saetnan, Nelly Oudshoorn, entre otras investigadoras, analizaron tecnologías utilizadas ampliamente a fines del siglo XX (control fetal, ecografías, tratamientos de infertilidad, por ejemplo) como espacios de negociación activa y compleja. En el caso de la prueba de detección precoz del embarazo, a diferencia de otros desarrollos biotecnológicos ligados a la reproducción, su marca es la discreción, el uso personal y el hecho de ofrecer un resultado que produce acciones en diferentes sentidos<sup>74</sup>.

Clarke plantea que estos test fueron los primeros y más importantes productos tecnocientíficos de las ciencias reproductivas<sup>75</sup>. Los diseñadores buscaron dispositivos que pudieran reaccionar a las hormonas femeninas, ¡pero esos primeros dispositivos eran conejos y ratas! Los experimentos basados en hormonas con animales de laboratorio (y luego con mujeres) procuraron extraer del cuerpo un dato de confirmación de embarazo. No bastaba ya con el útero abultado, las náuseas y el retraso del período menstrual. Había que hacer hablar al cuerpo a través de estructuras moleculares, como las hormonas, porque se entendía que los órganos reproductivos y la reproducción estaban dominados por ellas. Aunque las investigaciones señalaban la importancia de la hipófisis, la gonadotropina coriónica (HCG) fue leída como la hormona que indicaba de modo principal que una mujer podía estar embarazada.

Esta forma de interpretar a las hormonas se relaciona con la historia de la diferencia sexual, es decir, con la construcción de la existencia de dos sexos y su materialización en dos cuerpos diferentes. En esta dualidad, los cuerpos presentados como femeninos se leyeron como reproductivos, hormonales, cíclicos e inestables. Anne Fausto-Sterling reconstruyó las ideas y los experimentos realizados desde fines del siglo XIX y planteó que cada elección de los científicos, sobre cómo evaluar y nombrar las moléculas del cuerpo (entre ellas las hormonas),

72. Jason Burstein y Glenn Braunstein, “The long gestation of the modern home test pregnancy”, *Early Pregnancy: biology and medicine*, 1, 4, 1995, pp. 288-296.

73. Adele Clarke, *Disciplining reproduction: modernity, American life sciences, and “the problems of sex”*, Berkeley, University of California Press, 1998.

74. Barbara Duden, *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Cambridge, Harvard University Press, 1993; Nelly Oudshoorn y Trevor Pinch, eds., *How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technology*, Cambridge, MIT Press, 2003.

75. Tania Cuevas Barberousse, “Tecnologías contraceptivas y Feminidad: la pastilla como un script de género”, *Reflexiones*, 93, 2, 2014, pp. 115-127.

naturalizaba las ideas culturales sobre el género. Esta autora plantea que las hormonas esteroides, en lugar de nombrarse como femeninas y masculinas, podrían haberse interpretado como hormonas de crecimiento que afectaban a órganos de todo el cuerpo. Sin embargo, entre 1900 y 1940, se convirtieron en marcadores de la diferencia binaria sexual porque fueron interpretadas en los términos de las luchas y disputas socio-culturales sobre los roles de género<sup>76</sup>. Esto impactó en las preguntas que la biología de la reproducción, la endocrinología y la bioquímica hicieron puertas adentro en el laboratorio<sup>77</sup>.

A mediados de los años noventa, Nelly Oudshoorn planteaba que la naturalización de las hormonas como femeninas y masculinas era parte de los contextos de producción científica. Para Oudshoorn, esas ideas fuertes, que la ginecología y la obstetricia aun sostienen, sobre el cuerpo de las mujeres “dominado” por las hormonas, cuyas afecciones pueden tratarse con medicamentos basados en estrógeno y progesterona, estaban ancladas en prejuicios. El paradigma de las hormonas sexuales se convirtió en un estilo de pensamiento que supuso formular enunciados y desarrollar protocolos de investigación, que solo eran posibles e inteligibles en el marco de un modo de pensar específico: las hormonas afectan los órganos y el sistema reproductor dentro de la idea del equilibrio metabólico, es decir, aquella cualidad que tienen los seres vivos de poder cambiar químicamente la naturaleza de ciertas sustancias<sup>78</sup>.

En Argentina, los debates internacionales tempranamente encontraron eco en las revistas especializadas y en las reuniones científicas de las asociaciones médicas. Los biólogos, fisiólogos, veterinarios, ginecólogos y endocrinólogos (casi todos varones) participaron del campo científico internacional<sup>79</sup> y fueron pioneros en el desarrollo de

algunas ideas y artefactos. Desde la década de 1930, la hormonoterapia era una técnica utilizada entre los ginecólogos, tanto para atender correcciones genitales como disfunciones menstruales y problemas de esterilidad<sup>80</sup>. En esos años se multiplicaron los institutos de fisiología, que conformaron una red dirigida por Bernardo Houssay, que incluía las ciudades de Córdoba, Rosario y Buenos Aires. Los fisiólogos desarrollaron estudios sobre el ciclo sexual femenino, hormonas y hormonoterapia, con el apoyo de la Fundación Rockefeller y en diálogo con endocrinólogos constitucionalistas norteamericanos. Vinculado a ese grupo de investigaciones, hacia fines de la década de 1940, el bioquímico Carlos Galli Mainini, en el marco de las experimentaciones con hormonas sintéticas para poder detectar el embarazo temprano ectópico y evitar abortos espontáneos, desarrolló el primer test de embarazo con altos niveles de efectividad. Fue a partir de los distintos experimentos con la HGC en la orina de las mujeres embarazadas que se inició la precuela de los test portables de embarazo.

En este capítulo analizamos el desarrollo y la circulación local e internacional de las pruebas de detección precoz del embarazo basadas en hormonas. Exploramos, por un lado, cómo las controversias en relación con el binarismo hormonal influenciaron la investigación clínica y experimental, vale decir, cómo los conocimientos sobre la hormona gonadotropina coriónica para la detección del embarazo, estuvieron basados en ideas ya establecidas sobre roles y relaciones de género. Analizamos también qué pasó cuando el test salió del laboratorio y se transformó en una tecnología portátil, de acceso más libre y permitió la confirmación del embarazo en la intimidad, sin intervención médica<sup>81</sup>. Como hicimos en el capítulo anterior con la historia de la producción, circulación y apropiación de la píldora y el implante subdérmico, inscribimos estas pruebas en un escenario de intereses y disputas entre

76. Cecilia Rustoyburu y Yolanda Eraso, *Cuerpos hormonales...* op. cit.

77. Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, London, Routledge, 1994.

78. Un estilo de pensamiento, según Fleck, es un modo de identificar dificultades, cuestionar argumentaciones, reconocer fallas explicativas: un modo de crítica, de detección de errores y corrección. Ludwick Fleck, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*, Madrid, Alianza, 1987.

79. Cecilia Rustoyburu y Agustina Cepeda, *De las hormonas sexuales al viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*, Mar del Plata, EUDEM, 2014; Alfonso Buch, *Forma y función de un sujeto moderno. Bernardo Houssay y la fisiología argentina (1900-1943)*, Quilmes, UNQ, 2006; Marcos Cueto, “Laboratory Styles in Argentine Physiology”,

*Isis*, 85, 1994, pp. 228-246; Cecilia Rustoyburu, “Infancia, género y medicina. Un análisis histórico de los discursos endocrinológicos sobre el síndrome adiposo genital en Buenos Aires y Barcelona”, *Asclepio*, 69, (1), 2017, pp. 1-17

80. Yolanda Eraso, “Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentinian Women during the 1930s”, *Bulletin of the History of Medicine*, 81 (4), 2007, pp. 793-822

81. Clare Hanson, *A Cultural History of Pregnancy: Pregnancy, Medicine and Culture, 1750-2000*, London, Palgrave Macmillan, 2004. Para la historia del control de la natalidad y el parto véase, por ejemplo: Linda Gordon, *Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*, Champaign, University of Illinois Press, 2002; Emily Martin, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press, 1987.

laboratorios, instituciones de salud, industrias farmacéuticas, asociaciones médicas, los feminismos y, fundamentalmente las mujeres cisgénero heterosexuales que los utilizan.

### Controversias internacionales entre ratas y conejas en laboratorios

A lo largo de la década de 1930, en el campo transnacional de la investigación *con* hormonas y *sobre* hormonas se debatieron los alcances de la gonadotropina coriónica. Las pruebas biológicas basadas en los efectos que esta producía, inyectada en la zona genital de diversos animales (ratas, ratones, peces, conejas, ranas y sapos), tuvieron gran predicamento durante más de 30 años. El interés por la detección de la gonadotropina tuvo relación con su vinculación temprana con la posibilidad médica de diagnóstico precoz del embarazo. Este dato permitía a los profesionales reconocer el estado de gravidez antes de que fuera notorio y ensayar hipótesis sobre la situación general de una mujer en la consulta clínica en relación con la gestación.

En 1927, Bernhard Zondek, obstetra y ginecólogo alemán, había logrado aislar dicha hormona y materializó así lo que se entendió como el primer test de embarazo precoz. Zondek inyectaba orina de mujeres embarazadas en ratones infantiles hembras (prepúberes) y por las reacciones del aparato genital de estos se podía entender la presencia de la hormona. Sacrificadas al cabo de cien horas, se inspeccionaba sus ovarios y si se hallaban engrosados y congestivos, había entre un 80% a un 98% de posibilidades de confirmación de embarazo.

Jesse Olszynko-Gryn, investigador inglés especializado en la historia de las patologías asociadas a los diagnósticos prenatales, analizó la adopción e institucionalización de la prueba de Aschheim-Zondek y la presentó como respuesta a la creciente dependencia de los clínicos a los servicios de laboratorio en Gran Bretaña, entre las décadas de 1930 y 1950. Su trabajo recorre minuciosamente los vínculos entre las clínicas, los servicios comerciales de laboratorio, los servicios de correo y los financistas de la industria farmacéutica en el desarrollo del test de diagnóstico de embarazo en Gran Bretaña, y de todos estos con el control de la gestación. Esta prueba tuvo mejores resultados para la detección de la mola hidatiforme (cáncer) que para embriones o fetos, dado que el test tenía muchos falsos positivos, niveles de inexactitud, altos costos y problemas de logística para el traslado y conservación de las muestras. Finalmente, el test de Zondek-Aschheim cayó en

desuso y fue lentamente sustituido por un tipo de procedimiento más efectivo: la reacción de Maurice Harold Friedman. Este médico gastroenterólogo, investigador en medicina reproductiva, que trabajaba en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania y en la División de Fisiología del Laboratorio del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos en Beltsville, utilizó conejas y sus ovarios. Descubierta en 1931, este test estaba basado en la obtención de “hiperemia ovárica en coneja tras la inyección de orina de embarazada en la vena marginal de la oreja”.

Desde 1934 existieron en Argentina aplicaciones prácticas de la reacción Friedman. Sin embargo, a principios de la década de 1940, el éxito de la prueba fue debatido en el ámbito local por los falsos positivos y los falsos negativos. Las discusiones entre obstetras y ginecólogos se centraron en repensar, a la luz de las situaciones clínicas, si la gonadotropina era o no una “hormona exclusiva del embarazo” como la literatura internacional reconocía. La preocupación central fue desarrollar un test que pudieran usar profesionales médicos que tenían la intención de prevenir un aborto espontáneo o el aborto habitual en casos de embarazos ectópicos (fuera del útero). Se buscaba detectar tempranamente la gestación para poder iniciar procedimientos hormonales que evitaran su interrupción, su “pérdida”.

En defensa de la prueba Friedman y, al mismo tiempo, tratando de evitar los falsos negativos, los investigadores argentinos propusieron usar conejas pospartum que debían tener el útero vacío, sin anorexia o de diferente peso, y garantizar un mejor control de las dosis de orina a inyectar. Además, debatieron si los falsos positivos podían anunciar fibromas, neoplasias, malformaciones cancerígenas o de “miomas del tamaño de un puño”. De hecho, desde 1939 había publicaciones científicas que reconocían que la hormona gonadotropina no era una secreción específica del “organismo grávido”, sino que podía ser un indicador de patología en jóvenes amenorreicas, menopáusicas o enfermas de cáncer de útero. Los ginecólogos argentinos ya conocían los trabajos de 1937 del neurólogo suizo Marcel Monnier, sobre la importancia de la reacción Ascheim-Zondeck para el diagnóstico de tumores cerebrales<sup>82</sup>. Es decir, en el campo de la ginecología endocrinológica se daba cuenta de que el hallazgo de elevados índices de dicha hormona en la orina de un sujeto no solo era indicador cierto de embarazo.

82. Fernando Chico-Ponce de León, “Historia de la cirugía de cráneo, de los tumores cerebrales y de la epilepsia en México”, *Neurocirugía*, 20(4), 2009, pp. 388-399.

Entonces, ¿por qué seguían pensando en ella en relación con su función sexual y asociada exclusivamente a la reproducción y detección del embarazo?<sup>83</sup> Aquí se torna visible lo que planteamos anteriormente: quienes realizaban sus experimentos adoptaban un estilo de pensamiento que sexualizaba las hormonas y en el caso de las leídas como femeninas, sólo las podían interpretar asociadas a la reproducción. El escenario se complejizó aún más cuando algunos ginecólogos argentinos, detractores de la prueba de la coneja, dieron cuenta de que la reacción de Friedman también arrojaba falsos positivos en casos de tumores de testículos en hombres. ¿Había posibilidad de que la reacción de Friedman fuera inexacta? ¿Podía sospecharse que la presencia de la hormona gonadotropina no era un indicador específico del embarazo, por lo tanto, no era una hormona sexual como sostenía la literatura específica?

Las investigaciones argentinas a favor de la prueba de las conejas comenzaron a presentar sus propias hipótesis: los falsos positivos eran mujeres que habían abortado poco tiempo antes de ser sometidas a la reacción. En esta línea, las propuestas de los ginecólogos reunidos en SOGIBA fueron por más: la prueba de Friedman podía usarse para detectar abortos provocados recientes. Es importante resaltar que estas discusiones médicas se produjeron en la década de 1940, en un contexto prohibicionista del aborto y de fomento de la natalidad. De ahí que el hallazgo de un “curetaje” podía condenar a las mujeres a la cárcel<sup>84</sup>.

¿Cómo purificar el procedimiento de detección del embarazo con la HGC sin derrumbar epistemológicamente el método? Los médicos investigadores locales se preocuparon insistentemente por el dosaje de la HGC en el desarrollo del embarazo y por su aparición, por ejemplo, en el líquido amniótico. En Argentina se ensayó sustituyendo, para la reacción de Friedman o de Zondek, la orina de la mujer embarazada por el líquido amniótico extraído de operaciones de cesárea. El resultado fue la detección y confirmación de que en el líquido amniótico había

83. Fabiola Rodhen, “Dualismos de género en la era de los nuevos usos sociales de la tecnología y la biología molecular”, en Agustina Cepeda y Cecilia Rustoyburu, comp., *De las hormonas sexuales al Viagra... op. cit.*, pp. 35-73.

84. Agustina Cepeda, “En los tiempos del test del sapo: justicia, aborto y políticas de población en Argentina de mediados del siglo XX”, *Revista de Estudios Universitarios. REU*, [S. I.], 37, 1, 2011, pp. 243-265.

presencia constante pero no elevada de la gonadotropina. Era la búsqueda arqueológica de esa hormona que delataba al cuerpo grávido.

Estos profesionales al sur de Latinoamérica no temían señalar el grado de incertidumbre que las premisas de las investigaciones biológicas y endocrinológicas de 20 años atrás generaban en el espacio de la investigación clínica<sup>85</sup>. Gandolfo Herrera era un médico argentino que desarrolló su propia “reacción de Friedman” en 1941. Para acelerar los resultados, inyectaba la orina directamente en los ovarios de la coneja y obtenía reacciones positivas en menos de tres horas<sup>86</sup>. Los laboratorios trabajaban con los datos que proporcionaba la clínica de los consultorios, con orina de embarazadas o de mujeres con sospecha de embarazo. A partir de los años cuarenta no solo se quería purificar el procedimiento sino acelerarlo, para dar respuestas más eficaces y en menor tiempo a los profesionales.

A diferencia de lo que pudo pasar en Inglaterra, donde las mujeres enviaban su orina por correo a los laboratorios y a mediados de los años cincuenta podían tener acceso al resultado, en Argentina los laboratorios trabajaban mancomunadamente con la clínica obstétrica y la ginecológica y con los insumos que proveía, por ejemplo, Organon. Este escenario de intercambios y debates dan cuenta del alto grado de experimentación local sobre las hormonas sexuales. Los ginecólogos y obstetras argentinos iban y venían entre el laboratorio y la clínica para repensar, en un escenario transnacional de discusiones sobre la química y la fisiología del cuerpo, las inestables verdades sobre las hormonas y la reproducción. Muchos se animaron, no sin tibieza argumental, a denostar la generalidad de los principios de la investigación con hormonas a partir de los propios registros de sus consultorios. Estos debates sobre qué coneja, cuánta orina, durante cuánto tiempo, son el prisma para mirar cómo y qué se discutía sobre el test de diagnóstico precoz del embarazo. Una indiscreta ventana que expone la tensión frente a la incertidumbre de los hallazgos y los esfuerzos por ordenarlos dentro de las etiquetas y nomencladores genéricos *acordados* socioculturalmente.

En Gran Bretaña, los hallazgos de resultados no esperados, como falsos negativos que indicaban cáncer, se ofrecieron como una ventaja

85. Ricardo Gandolfo Herrera, “Reacción Friedman negativa falsa por impermeabilidad renal por los Dres. Aquiles Molino y Arturo Pérez Chacón”, *Boletín del SOGIBA*, XIX, Buenos Aires, 1940, pp. 705-708.

86. Gandolfo Herrera, “Reacción Friedman... op. cit.

en esta era diagnóstica. En Argentina, esos mismos resultados no se incorporaron hasta varias décadas después en el estudio de la patología. El método de Friedman no dejó de ser utilizado, a pesar de todos los cuestionamientos que abrió, hasta avanzados los años cuarenta. Fue citado y referido por los peritos médicos en búsqueda de abortos ilegales hasta la década siguiente<sup>87</sup>. Finalmente, fue internacionalmente sustituido por el invento argentino del Test del Sapo, que desarrollamos en el próximo apartado.

Antes de ello, nos interesa plantear esta discusión. Jesse Olszynko-Gryn señala, para el caso de Gran Bretaña, que la demanda del test de Aschheim-Zondeck en los treinta no estuvo motivada ni por la medicalización del embarazo, ni por médicos empresarios o mujeres consumidoras. Era el consumo médico de diagnósticos lo que hacía que ese test se volviera imprescindible para la terapéutica ginecológica<sup>88</sup>. En Argentina la situación fue diferente en algunos aspectos. Nuestros hallazgos sugieren que las investigaciones locales sobre el test de detección precoz sí estuvieron impulsadas por la medicalización del embarazo. Por otra parte, las mujeres en el período exploratorio (1930-1950) fueron pacientes y no consumidoras, y la clínica terapéutica en relación con los laboratorios de investigación hospitalaria, no vendió los test de embarazo, sino que los usó para la investigación y exploración médica. Esto refuerza nuestra hipótesis acerca de que los test de diagnóstico con sapos formaron parte en el Río de la Plata del proceso de medicalización del embarazo, sin tener en cuenta las voces, ni sentimientos de las mujeres.<sup>89</sup>

### Un test de embarazo argentino para el mundo

En 1947 Carlos Galli Mainini (1914-1961), especialista en endocrinología con formación en Italia y en Harvard, publicó en la revista *La Semana Médica* el artículo "Reacción diagnóstica del embarazo en la que se usa un sapo macho como animal reactivo"<sup>90</sup>. Este médico for-

maba parte del Instituto de Biología y Medicina Experimental dirigido por Houssay y su trabajo fue posible gracias a experimentos previos de sus compañeros. En 1929, Juan Manuel Lascano González había descubierto, junto a Houssay, que las gonadotropinas producían liberación de los espermatozoides en la orina<sup>91</sup>. En 1945, cuando trabajaba en el Hospital Rivadavia, se acercó a las precisiones enunciadas por los bioquímicos del equipo de Eduardo de Robertis, quienes habían planteado que una modificación de las células de Sertoli generaba la expulsión de espermatozoides en los sapos.

En base a estos trabajos, Galli Mainini hizo una deducción: si les inyectaba orina a los sapos podría saber si esta correspondía a embarazadas. No dudaba de que la orina de las embarazadas tenía altos niveles de HCG y que esto era un indicador de su preñez. La inyectó en el saco linfático dorsal de sapos machos *Bufo Arenarium* y al cabo de dos o tres horas examinó su orina al microscopio, observando la presencia de espermatozoides. En 1947 publicó la conclusión de su primer estudio de 179 casos: "Parece que la reacción específica producida por la inyección de orina de mujer embarazada en el sapo macho *Bufo arenarum* Hesel puede ser la base de una nueva reacción diagnóstica de embarazo"<sup>92</sup>.

El impacto del trabajo fue tal que no solo se reprodujo la técnica en casi todas las revistas médicas del país, sino que tempranamente comenzaron a hacerse evaluaciones de su eficacia a nivel internacional. Galli Mainini había logrado mayores niveles de exactitud, mejores tiempos en la obtención de los resultados pero sobre todo, había despejado las dudas sobre la vinculación entre determinados valores de HGC en la orina de la mujer y el embarazo<sup>93</sup>. Así fue como el test del sapo se volvió el primer método de detección precoz del embarazo en Argentina y en América Latina, con un 99.7% de efectividad, y fue po-

87. Agustina Cepeda, "En los tiempos del test del sapo... op. cit.

88. Jesse Olszynko-Gryn, "When pregnancy tests were toads: The *Xenopus* test in the early NHS", *Wellcome History*, 51, 2013, pp. 2-3.

89. Agustina Cepeda, "En los tiempos del test del sapo... op. cit.

90. Carlos Galli Mainini, "Reacción diagnóstica del embarazo en la que se usa un sapo macho como animal reactivo", *La Semana Médica, Anuario 1946-1947*, 54, 1947, p. 337-340.

91. Bernardo Houssay, José Luis Giusti y Juan Manuel Lascano González, "Implantación de la hipófisis y estimulación sexual en el sapo", *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, 5, 1929, pp. 397-418; Bernardo Houssay y Juan Manuel Lascano González, "Relaciones entre la hipófisis y el testículo en el sapo", *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, 5, 1929, pp. 77-88.

92. Enrique Del Castillo, Joaquín Argonz y Carlos Galli Mainini, "Cytological cycle of urinary sediment and its parallelism with vaginal cycle", *Journal Clin Endocrinology*, 8, 1, 1948, p. 8.

93. Bernardo Houssay y Jose Cordero Funes, "Peso del sapo y espermiación por gonadotropina coriónica", *Revista Sociedad Argentina de Biología*, 30, 1954, p. 210.

pularizado a partir de principios de la década de 1950<sup>94</sup>. Los estudios sobre técnicas de detección del embarazo afirman que el método no se exportó a Europa o Norteamérica porque allí no residía esta particular especie de sapo macho, aunque las publicaciones internacionales informaron sobre las experiencias de laboratorio con otras especies de batracios similares<sup>95</sup>.

La aplicación clínica de los descubrimientos de la endocrinología vinculados a la reproducción encontró un espacio de recepción amplio y de debate en el campo de la ginecología y obstetricia local. Los profesionales desafiaron algunas interpretaciones generales a partir de sus propias exploraciones en el consultorio. Especialmente, el test del sapo consagró que la gonadotropina en determinados valores era un producto exclusivo del embarazo y del cuerpo de la mujer gestante. Algunas de las puertas que se habían abierto en años anteriores con la discusión de la prueba de Friedman y sus conejas, se cerraron con la puesta en escena del test del sapo. Nuevas técnicas replicaron en el mundo el hallazgo de Galli Mainini, con distintos dosajes, tinturas y animales, para poder obtener buenos resultados y en menos tiempo<sup>96</sup>. Nadie se preguntó en el marco de esas experiencias de laboratorio si los falsos positivos en hombres y mujeres podían ser una detección de alguna situación médica específica.

### De la orina a la sangre: pruebas en manos de científicos

La investigación sobre otras maneras de detectar embarazos continuó en las décadas siguientes. En los años cincuenta comenzaron los ensayos para producir un test de embarazo oral. Con la preocupación por abaratar costos y tiempo, experimentaron con dosis de etinilestra-

diol y acetato de norpregnenolona para el diagnóstico. Estas pruebas demostraron provocar la menstruación en mujeres con retraso y corroborar el embarazo, incluso cuando la prueba de Galli Mainini fuera negativa<sup>97</sup>.

En 1953 se desarrolló un prototipo de prueba inmunológica del embarazo a partir de las investigaciones con hormonas de Bordet y Bussard. La detección de la HGC ahora era en clave de antígenos y anticuerpos (como reacciones del sistema inmunológico) en orina y en sangre. En 1957 se publicitaron trabajos de la fórmula de Galli Mainini en sangre y orina. Hacia fines de los sesenta, después de las pruebas inmunológicas, se ensayó la determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana por radioinmunoensayo, es decir, el análisis de sangre, que dejó a los sapos fuera de los test de embarazo. En 1962 la compañía farmacéutica holandesa Organon lanzó *Pregnoticon*, el primer test de inmunoensayo. La mayoría de los laboratorios abandonaron el uso de los animales poco tiempo después. Judith Vaitukaitis estaba investigando en Estados Unidos sobre el diagnóstico del cáncer con la estructura de la hormona gonadotropina y descubrió que su especificidad biológica se encontraba en la subunidad beta. Este estudio es el que condujo al radioinmunoensayo, que era más preciso que el sacrificio de animales o el inmunoensayo (la unión del antígeno al anticuerpo)<sup>98</sup>.

En los años setenta las pruebas en sangre se sofisticaron más a partir de este procedimiento, con los aportes de Rosalyn Yalow, una investigadora norteamericana cuya técnica de detección de la insulina en la sangre de pacientes con diabetes podía ser exportada para la detección de otras hormonas en sangre. La contribución de Yalow fue en un doble sentido: primero, las hormonas pueden generar anticuerpos y segundo, estos pueden detectarse. Sus trabajos revolucionaron el diagnóstico en la endocrinología pero fueron en principio rechazados por dos revistas científicas de primer nivel. Finalmente Yalow fue reconocida con el Premio Nobel de Fisiología en 1977. Fue también la primera mujer que llegó a la presidencia de la Sociedad de Endocrinología Americana en 1978.

94. A lo largo de 1947 el informe del descubrimiento se publicó en las siguientes revistas: *Gaceta Peruana de Cirugía y Medicina*, *Boletín de la Sociedad Médica de Mendoza (Argentina)*; *Revista de la Asociación Bioquímica Argentina*, *La semana médica*, *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas* y se presentó en las Jornadas VII Rioplatenses de Obstetricia y Ginecología del mismo año. En 1948 se publicó en *América Clínica*, New York.

95. Agustina Cepeda, "Historia de una práctica clandestina. Justicia penal y aborto en Mar del Plata en las décadas de 1960 y 1970", *Revista de Trabajo Social Plaza Pública*, 7, 11, 2014, pp. 135-154.

96. Raúl Ursi, "Reacción de Schlor", *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, Trigésima sesión científica ordinaria del 10 de diciembre de 1953, Buenos Aires, 1953, pp. 462-465.

97. Estas combinaciones hormonales habían sido propuestas por Zondek, inicialmente, para tratar la amenorrea.

98. Judith Vaitukaitis, Glenn Braunstein y Griff Ross, "Un radioinmunoensayo que mide específicamente la gonadotropina coriónica humana en presencia de la hormona luteinizante humana", *American Journal Obstetric & Gynecology*, 113, 1972, pp. 751-758.

En la década de 1980 llegaron los aportes del Premio Nobel argentino César Milstein sobre los anticuerpos monoclonales. Trabajando con ratones, pudo fusionar linfocitos con células procedentes de tumores; la célula híbrida así lograda tenía del linfocito, su capacidad de producir determinado anticuerpo; de la célula tumoral, su capacidad para reproducirse indefinidamente. Todas las células de esta progenie eran iguales entre sí: un solo clon. Este anticuerpo monoclonal serviría para los diagnósticos de cáncer, como para la detección temprana del embarazo y para la producción de vacunas<sup>99</sup>.

Los protocolos de detección temprana del embarazo fueron estandarizados en las consultas médicas, para la confirmación del embarazo en las primeras semanas de gestación. Estas pruebas sólo podían ser administradas por expertos y en laboratorios. La confirmación del embarazo todavía se producía lejos de las mujeres.

### Las peligrosas *Primodos*

Los experimentos no se limitaron a la detección de la HCG en la sangre o en la orina de las mujeres embarazadas. Hubo otro método de detección del embarazo que generó efectos nocivos durante las décadas de 1960 y 1970. Esta es la historia de las dos píldoras de *Primodos*, creadas a base de hormonas (noretisterona y etinilestradiol) que inducían la menstruación en mujeres que no estaban embarazadas. Supuestamente, ningún sangrado producido implicaba embarazo. Elaborada por la empresa alemana Schering, fue en 1950 la primera prueba de venta libre disponible en Gran Bretaña y se comercializó entre los médicos hasta 1970, como tratamiento para las irregularidades menstruales y como test para el embarazo temprano.

Las dos décadas de *Primodos* coexistieron con tres momentos principales y a veces superpuestos del desarrollo del test precoz del embarazo: bioensayos (1929-1964), inmunoensayos (desde 1962) y pruebas caseras (desde 1971)<sup>100</sup>. Estas etapas, como plantea Olszynko-Gryn, corresponden a la adopción masiva de nuevas tecnologías

99. César Milstein, "Los anticuerpos monoclonales: la curiosidad como fuente de riqueza", Conferencia dictada en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires, 15 de octubre de 1999.

100. Jesse Olszynko-Gryn et al, "A historical argument for regulatory failure in the case of Primodos and other 'hormone pregnancy tests'", *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 6, 2018, pp. 34-44.

de diagnóstico, servicios y cadenas de suministro, y a cambios en las relaciones entre mujeres, médicos y farmacéuticos<sup>101</sup>.

La prueba *Primodos* surgió en la búsqueda de una cura para la amenorrea. Después de la Segunda Guerra Mundial, las compañías farmacéuticas comenzaron a comercializar tratamientos con hormonas sexuales sintéticas que permitieron el cambio crucial de las inyecciones a las tabletas que eran mejor toleradas<sup>102</sup>. *Primodos*, como lo indica el nombre comercial alemán *Duogynon*, combinó de manera innovadora los dos productos ginecológicos líderes de Schering: Pro-luton y Progynon. Esta píldora contenía la misma mezcla de hormonas sexuales sintéticas que luego constituirán *Anovlar*, el anticonceptivo oral comercialmente exitoso de Schering<sup>103</sup>.

En 1960 Schering promocionó *Duogynon/Primodos*, en forma de tabletas, exclusivamente para pruebas de embarazo. La diferencia de esta prueba y el test del sapo es que la pastilla se tomaba el primer día de amenorrea y el análisis de orina exigía dos semanas más para detectar la hormona. La mujer llevaba a su casa la pastilla de *Primodos* por muy poco dinero, el resultado era privado, sin mediaciones ni intermediarios. Fue la primera posibilidad del autodiagnóstico y recetar pastillas era más sencillo y accesible que enviar desde ciudades sin hospital y laboratorio las muestras de orina. Esperar el sangrado pareció ser más confiable que las verdades reveladas de los sapos.

Para Olszynko-Gryn la composición similar de *Primodos* con las pastillas anticonceptivas, la ausencia de entes reguladores de medicamentos libres de intereses de la industria farmacéutica y el éxito comercial en los albores de los años setenta, hicieron que esta droga no segura siguiera en el mercado a pesar de las denuncias de usuarias y de las sospechas de profesionales.

En 1967 la pediatra Isabel Gal sugirió en una breve carta a la revista *Nature* que las pruebas hormonales de embarazo podrían estar causando espina bífida en los hijos de madres que las habían tomado durante la gestación. En 1975, el periódico semanal de Gran Bretaña e

101. Ibidem.

102. Samuel Soskin, Hans Wachtel y Oscar Hechter, "The treatment of delayed menstruation with prostigmine: a therapeutic test for early pregnancy", *Journal American Medical Association*, 114, 21, 1940, pp. 2090-2091.

103. Ulrike Thoms, "The contraceptive pill, the pharmaceutical industry, and changes in the patient-doctor relationship in West Germany", en Teresa Ortiz-Gómez y María Jesús Santesmases, eds, *Gendered Drugs and Medicine: Historical and Socio-cultural Perspectives*, London, Routledge, 2014, pp. 153-174.

Irlanda *Sunday Time* denunció a *Primodos*, así como había denunciado a la talidomida años antes. Como resultado, en 1978, en Gran Bretaña, Schering retiró estas pastillas del mercado en medio de acusaciones de abortos espontáneos y defectos de nacimiento. En Noruega, los mecanismos de control de medicamentos e investigación propios, desarrollados desde 1928, permitieron identificar la malformación que producía *Primodos*, como hipospadias y virilización fetal. Allí se restringió el medicamento para las mujeres embarazadas en 1970 y se retiró del mercado en 1973<sup>104</sup>. En 1981 sucedió lo mismo con *Duogynon* en Alemania, aunque siguió siendo usado como abortivo con otro nombre en varios países<sup>105</sup>.

Por esos años, un grupo de padres formó la Asociación para Niños Dañados por Pruebas de Embarazo Hormonales (ACDHPT) para tomar acción civil contra Schering. Esta acción se descontinuó en 1982, pero con una artillería de pruebas los/as demandantes pudieron seguir litigando contra el laboratorio<sup>106</sup> y en 2017, con una nueva carga probatoria, en Gran Bretaña y Alemania reiniciaron las acciones<sup>107</sup>.

También en Argentina hubo un debate sobre los efectos nocivos de las hormonas sintéticas. En los ateneos y en las publicaciones de las sociedades de obstetricia y ginecología de Argentina encontramos recomendaciones sobre su uso para prevenir el aborto espontáneo. Entre 1960 y 1970 se cuestionó también la combinación de hormonas para el tratamiento de la patología de la menstruación, se debatieron sus efectos, pero no tenemos registros de que su uso se extendiera a la detección de embarazo<sup>108</sup>. Algunos autores plantean que, para el

horizonte de los años cincuenta, ni las consumidoras ni los expertos estaban acostumbradas/os a asociar los medicamentos recetados con el riesgo de daño fetal, hasta la experiencia de la talidomida<sup>109</sup>. Vale decir que las denuncias de usuarias sobre efectos no esperados y teratológicos para la salud, también se inició con las pruebas de embarazo oral en pastillas.

### Test caseros y demandas por la autonomía

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, las pruebas de embarazo comenzaron como un servicio de laboratorio bajo control médico, que se reservaba para el diagnóstico diferencial en casos “patológicos”. Desde mediados de la década de 1960, las mujeres obtuvieron cada vez más acceso a las pruebas de embarazo, no como pacientes sino como usuarias y consumidoras<sup>110</sup>. La revolución vendría de la mano de un test casero de detección precoz del embarazo que diseñó una mujer.

En 1967, la diseñadora gráfica Margaret Crane, de 26 años, fue contratada para desarrollar una línea de cosméticos. En una visita a Organon Pharmaceuticals en West Orange, New Jersey, Estados Unidos, le llamó la atención una larga fila de probetas apoyadas sobre un espejo. Eran pruebas de embarazo, a base de orina. En una entrevista a la BBC realizada en 2015, recordó que mirándolos pensó en que sería muy sencillo que las mujeres lo hicieran ellas mismas en su casa<sup>111</sup>. Sin formación científica, pidió asesoramiento técnico sobre cómo funcionaba la probeta en el laboratorio. Cada probeta tenía reactivos químicos que al detectar la HCG, en la orina de mujeres con sospecha de embarazo, formaba un círculo rojo en la base que se reflejaba en el espejo.

104. John Abraham, “Sociology of Pharmaceuticals Development and Regulation: A Realist Empirical Research Programme”, *Sociology of Health & Illness*, 30, 2008, pp. 869–885.

105. Jorien Bonnema y Joanneke Dalebout, “The abuse of high dose estrogen/progestin combination drugs in delay of menstruation: the assumptions and practices of doctors, midwives and pharmacists in a Peruvian city”, *Social Science & Medicine*, 34, 1992, pp. 281–289.

106. Nemeč Birgit y Jesse Olszynko-Gryn, “The Duogynon Controversy and Ignorance Production in Post-Thalidomide West Germany”, *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 2021, pp.75–86.

107. En 2017 se estrenó el documental del periodista Jason Farrell, *Primodos: the Secret Drug Scandal*, producido por Sky News.

108. Jean Pierre Gaudillière, “DES Cancer, and endocrine disruptors: ways of regulating, chemical risks, and public expertise in the United States”, en Soraya Boudia y Natalie Jas, eds., *¿Powerless Science? Science and Politics in a Toxic World*, New York, Berghahn Books, 2014, pp. 65–94.

109. Bárbara Clow, “‘An illness of nine months’ duration’: pregnancy and thalidomide use in Canada and the United States”, en Georgina Feldberg, Molly Ladd-Taylor, Alison Li y Kathryn McPherson, eds., *Women Health and Nation: Canada and the United States since 1945*, Montreal, McGill Queen’s University Press, 2003, pp. 45–66.

110. Jesse Olszynko-Gryn, “The demand for pregnancy testing: The Aschheim–Zondek reaction, diagnostic versatility, and laboratory services in 1930s Britain”, *Studies in History and Philosophy of Science, Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 47, 2014, pp. 233–247.

111. Elvira Palomo, “Margaret Crane: la publicista que inventó el predictor, el primer test de doméstico de embarazo”, *BBC Mundo*, 13 de octubre del 2015.

En una pequeña caja donde guardaba clips, puso un espejo y un cuentagotas. Presentó su prototipo a Organon y la empresa farmacéutica le dijo que no era viable que las mujeres se hicieran un test en sus casas. Preocupada por las reacciones de los médicos y los laboratorios, la empresa rechazó la idea. Una reunión con la sede de Holanda hizo cambiar el rumbo de las opiniones sobre el dispositivo. Europa, que ya tenía en el mercado productos de autodiagnóstico, se animó e invirtió no sólo en un estudio de mercadeo sino que Organon patentó la idea en 1969. Como en otras ocasiones, el rol de la mujer en la ciencia no fue reconocido suficientemente.

*Predictor* fue la primera prueba de embarazo casera, que hizo su debut en Europa y Canadá en 1971. Fue fabricada y comercializada por Chefaro, una subsidiaria de Organon. Su presentación se asemejaba a un perfume de mujer, embalado en una caja de cartón verde y blanca. El kit de prueba consistía en un recipiente transparente de metacrilato que contenía un tubo de ensayo y un cuentagotas, y estaba equipado con un espejo en ángulo en la base. Los reactivos liofilizados (hechos de suero de conejo y glóbulos rojos de oveja) descansaban en el fondo del tubo y un prospecto explicaba (con imágenes subtituladas) cómo funcionaba en doce pasos “fáciles”. Estos implicaban mezclar una pequeña cantidad de orina con agua del grifo en el tubo y luego dejar que la mezcla reposara, sin tocarla durante dos horas, y finalmente leer el resultado en el espejo. La formación de un “anillo en forma de rosquilla” en el fondo del tubo indicaba embarazo, un resultado “positivo”; sin anillo significaba que no había embarazo era “negativo”.

*Predictor* tomó los saberes de *Pregnosticon*, que eran a su vez los del anterior test del sapo, y diseñó otra prueba que detectaba la presencia o ausencia de la hormona gonadotropina coriónica. El test podía hacerse en la privacidad del domicilio, era de venta libre, sin mediaciones médicas, de bajo costo y efectividad, atributos que lo hicieron revolucionar los estudios y el mercado del diagnóstico precoz del embarazo. Ante síntomas compatibles con sospecha de un embarazo, las mujeres podían hacerse un test de manera personal y efectiva.

El mercado farmacéutico autorizó las pruebas y los laboratorios iniciaron campañas de publicidad en Europa en los años setenta y en Estados Unidos después de la sanción de ley de aborto en 1973. El dispositivo les mostraba algunas ventajas: no solo era efectivo y barato sino que tenía enormes márgenes de rentabilidad. El conflicto con los médicos se hizo presente en Gran Bretaña y en Canadá. Los debates entre la industria farmacéutica y las asociaciones médicas gravitaron

sobre quienes estaban calificados para hacer el test casero. Las revistas femeninas en las distintas latitudes celebraron la noticia del derecho a saber<sup>112</sup>.

Pese a las resistencias de la corporación médica, *Predictor* fue líder del mercado durante una década, con mayor legitimidad a mediados de los años setenta. Luego, la hegemonía pasó al test *Clearblue* de Unilever (¡el test que el personaje de Bridges Jones en su tercera película sacude con ganas cuando se entera que está embarazada!). Fue la primera autoprueba rápida y un producto del “boom biotecnológico”. *Clearblue* ayudó a construir un nuevo tipo de consumidor: la mujer profesional cuyo “reloj biológico” estaba en marcha y consolidó la autoevaluación como la nueva norma para una generación más joven, empujando a *Predictor* al segundo lugar.

Los Servicios de Planificación Familiar británicos se opusieron durante unos años al test, que finalmente fue incorporado de forma gratuita en el Servicio Nacional de Salud. En Estados Unidos estuvieron disponibles para el consumo después de que Warner Chilcott, la compañía que los producía, solicitara su aprobación en 1976. Podemos deducir que la fuerte resistencia inicial a la comercialización de este test radicaba en que fue de las primeras pruebas disponibles para el autodiagnóstico como práctica privada<sup>113</sup>. Las farmacéuticas realizaron campañas para convencer a los/as médicos/as con anuncios en revistas médicas y de salud pública, como *American Journal of Public Health*, argumentando que la detección temprana del embarazo conduciría a una mejor atención prenatal. Paulatinamente, a lo largo de las décadas de 1970 y 1980, los/as médicos/as tuvieron más confianza en el test autoadministrado, conservando la recomendación de llevar el resultado positivo a la consulta.

La “pequeña revolución privada”, como anunciaba la publicidad del producto norteamericano *EPT* en 1978, “por fin” permitía a las mujeres

112. Sara Leavitt, “A private little revolution: the home pregnancy test in American culture” Estados Unidos, *Bulletin History Medicine Summer*, 80, 2, 2006, pp. 317-45.

113. En 1978, las pruebas caseras todavía eran una rareza, pero comenzaban a aparecer algunas en el mercado. Good Housekeeping introdujo ese año el kit de prueba de embarazo y otras para infecciones del tracto urinario y cáncer de cuello uterino. Entre las pruebas disponibles a fines de 1978 pueden mencionarse *Answer*, fabricada por Diagnostic Testing, Inc., una división de Carter-Wallace; *Acu-Test*, fabricado por JB Williams, una división de Nabisco; y *Predictor*, fabricado por Whitehall Laboratories, una división de American Home Products. Trevor Pinch, “‘Testing - One, Two, Three... Testing!’: Toward a Sociology of Testing”, *Science, Technology & Human Values*, 18, 1, 1993, pp. 25-41.

tener conocimiento temprano del embarazo y con ello, promovía una nueva comprensión de la gestación. Según Sara Leavitt se trató de una reversión del proceso de medicalización del embarazo<sup>114</sup>. El primer anuncio impreso de *EPT* en los Estados Unidos apareció en revistas femeninas populares (*Mademoiselle*, *Vogue*, *Good Housekeeping*, *Redbook*, *McCall's*, *Family Circle* y *Ladies' Home Journal*) en marzo de 1978, y los avisos en televisión comenzaron casi al mismo tiempo. Estas publicidades enfatizaron la precisión en lugar de profundizar en cuál podría ser la respuesta de una mujer a los resultados. La prueba se presentó como una buena noticia para las mujeres individualmente, sin el contexto de una pareja o una familia. Las campañas de venta se orientaron a mujeres solas, trabajadoras, jóvenes y “modernas”. En los años ochenta, los anuncios recuperaron la idea de la familia y del test como el inicio de un “embarazo feliz”: palitos de test positivo pegados en el álbum familiar.

Una encuesta en línea presentada en un sitio web vinculado con los Institutos Nacionales de Salud a partir de diciembre de 2003, relata las distintas experiencias con el test en los Estados Unidos, con más de 20 años en el mercado<sup>115</sup>. Estas historias permiten ver que este producto no sólo se inscribió en historias de liberación y privacidad. La vergüenza de comprar una prueba en el pueblo, la incertidumbre sobre la realización del procedimiento, los puestos de trabajo que exigían el test para el ingreso y los novios que pedían pruebas sobre el embarazo, fueron algunas de las historias que allí se contaron, además de la felicidad del resultado positivo y el alivio del negativo.

En Argentina los test llegaron hacia finales de la década de 1990, distribuidos y comercializados por el laboratorio Boehringer Ingelheim. En 1994 los laboratorios Elea tenían en el mercado *Eleatest*, cuyo formato parecido al de un cassette de música permitió que se publicitase como “este cassette es un Hit”. En 1997 *Evatest* era comercializado por los laboratorios de Roche y en 2013, el producto pasó a estar en manos de Elea. En el contexto de grave crisis económica y de retracción de las inversiones en salud de la década de 1990, los test se difundieron en las farmacias pero demoraron su ingreso en los sistemas públicos y privados de salud, y tampoco fueron provistos a las usuarias. Fue recién con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva a inicios del 2002, que el test de embarazo se incluyó de

forma gratuita en cualquier servicio de salud. Lo mismo sucede con el análisis de sangre de confirmación de embarazo de la subunidad beta, incluido en el Plan Médico Obligatorio de las Obras Sociales y del sistema de salud de prepagas.

En 2014 la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentó un proyecto de ley en la legislatura porteña para que se prohíba la exigencia de realización o presentación de un test de embarazo, certificación médica referida al estado de gravidez o cualquier forma de declaración de ausencia de gestación, como requisito para los procesos de selección, ingreso, promoción y permanencia, cualquiera sea la forma de contratación, de toda mujer que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que aspire o se encuentre en relación de dependencia pública o privada. Esto fue elaborado en consonancia con lo dispuesto localmente por la Ley 474 de Creación del Plan de Igualdad Real de Oportunidades y de Trato entre Varones y Mujeres de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esa propuesta revela que la exigencia del test para acceder a un puesto de trabajo ha sido una práctica extendida en el sector privado. En estos casos, así como en las historias de violencias de mujeres que tuvieron el test en sus manos presionadas por sus parejas, invitan a insistir en la pregunta por la apropiación de esta tecnología por parte de las mujeres y las personas con capacidad de gestar.

### Saber y poder

En Estados Unidos, grupos feministas como *The Jane Collective* (1968-1971) asistían a mujeres que decidían interrumpir sus gestaciones, pero para eso era necesario haber confirmado antes el embarazo. Las denuncias de que algunos médicos estaban retrasando las pruebas o mintiendo sobre los resultados para evitar que sus pacientes abortaran surgieron en la década de 1960. Ante ello, algunas organizaciones, con instalaciones sencillas, homologaron la tarea de los laboratorios y ofrecieron pruebas de embarazo rápidas y baratas como parte de sus operaciones. Estos grupos, y presumiblemente también las mujeres a las que ayudaban, sintieron que el conocimiento sobre la gestación pertenecía a la mujer embarazada (o no embarazada)<sup>116</sup>.

114. Sara Leavitt, “A private little revolution...” op.cit.

115. Clare Hanson, *A cultural history of pregnancy*, op. cit.

116. Laura Kaplan, *The Story of Jane: The Legendary Underground Feminist Abortion Service*, Chicago, University of Chicago Press, 1995; Leslie Reagan, *When Abortion Was a Crime: Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973*, Berkeley, University

Los movimientos de mujeres en Estados Unidos y Gran Bretaña difundieron la información del test, aunque solo en servicios de salud y en los campus universitarios. En 1973, el Colectivo de Salud de Mujeres de Boston publicó el primer volumen de lo que se convertiría en el libro sinónimo del movimiento de salud de las mujeres, *Our Bodies, Ourselves (Nuestros cuerpos, nuestras vidas)*. Allí se celebró que los métodos para “recolectar y enviar su orina son simples”, se alentó que las mujeres acudieran a sus citas médicas más informadas y la prueba de embarazo las ayudó a hacerlo<sup>117</sup>.

Jesse Olszynko-Gryn y Sara Leavitt reconocen desde una perspectiva histórica el lugar de agenciamiento de las mujeres frente al test. El primero las presenta como consumidoras activas que delimitaron un mercado en Gran Bretaña y Alemania, y la segunda explora su rol en la transformación cultural de los sentidos sobre la gestación y el aborto en los Estados Unidos. Sin embargo, Linda Layne se pregunta si este test es una tecnología feminista y su respuesta es negativa<sup>118</sup>. Para la autora, la prueba de embarazo no redujo la situación de dependencia de las mujeres respecto a los/as médicos/as, más bien inauguró de forma temprana la cultura prenatal, sin contención para aquellos embarazos que no prosperaban pero que el test presentaba como positivos. Layne analizó boletines de dos organizaciones estadounidenses de apoyo a la pérdida de embarazos, en un período que abarca desde 1981 a 2004, y sugiere que los supuestos beneficios de esta tecnología no son tan claros<sup>119</sup>.

Por otra parte, estas pruebas ayudaron a desechar los signos de embarazo que las mujeres habían usado durante siglos. Dorothy Nelkin y Laurence Tancredi afirman que las pruebas de diagnóstico “son ampliamente aceptadas como neutrales, necesarias y benignas” pero que “la información de las pruebas no siempre es beneficiosa o incluso benigna”<sup>120</sup>. La mayor crítica de estas investigaciones es que la

---

of California Press, 1997.

117. Sara Leavett, op.cit

118. Linda Lynn, “The home pregnancy test: a feminist technology?”, *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 37, 1/2, 2009, pp. 61-79.

119. Leslie Reagan, “From Hazard to Blessing to Tragedy: Representations of Miscarriage in Twentieth-Century America”, *Feminist Studies*, 29 (2), 2003, pp. 356-378; Linda Layne, *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*, London, Routledge, 2002.

120. Dorothy Nelkin y Laurence Tancredi, *Dangerous Diagnostics*, Chicago, University of Chicago Press, 1994

información que brindan es reduccionista y a la vez universalista, y entienden que los únicos beneficiarios han sido las compañías farmacéuticas. Frente a lo que denominan “sonambulismo tecnológico”, el aceptar tecnologías que no son necesarias, las autoras proponen recuperar el conocimiento del cuerpo<sup>121</sup>.

Como indicamos antes, estas pruebas se inscribieron en la cultura del embarazo moderno, pero también en la historia de su interrupción voluntaria. En los escenarios prohibicionistas, esa prueba era la pista inicial para confirmar una gestación y decidir qué hacer, sin mediar ni exponer en una consulta médica la situación.

Desde fines del 2020, en una Argentina con una ley de interrupción voluntaria del embarazo, *Evatest* pone en palabras la posibilidad de que el resultado positivo llegue en un buen momento o en el peor. Esto da cuenta de un contexto de reconocimiento al derecho a decidir y de maternidades que no son ya el destino inexorable de todas las mujeres. En una publicidad televisiva de 2021 se enuncia:

Tomaste coraje cuando fuiste a comprar tu Evatest. Estuviste días haciendo cálculos imposibles. Pensás que es el momento indicado. O que el momento no podía ser peor.

Si, lo estás buscando. O todavía te estás buscando a vos. No se lo dijiste a nadie. Ni a él. Y estás ahí, donde el mundo parece detenerse. Y en ese instante en donde dudas de todo necesitas saber la verdad. Evatest simple, el test más cómodo, higiénico y sin recipientes. Simple de leer y con una efectividad superior al 99 por ciento. Más de 30 millones de pruebas realizadas avalan su eficacia.

Desde hace 30 años, las mujeres y todas las personas con capacidad de gestar sin distinción de género, tienen la posibilidad de confirmar sus embarazos sin la participación de un/a profesional de la salud. Desde fines de la década de 1980, la difusión del misoprostol como un medicamento abortivo ha permitido también interrumpirlos fuera de las clínicas y hospitales, y acompañadas entre mujeres. Sobre esta historia y la del ultrasonido usado en la obstetricia avanza el próximo capítulo.

---

121. Joann Ellison Rodgers, “¿Quién dirige el espectáculo: ginecólogos o pacientes?” *Mademoiselle*, noviembre de 1978, pp. 74-75; Susan Ruzek, *The Women's Health Movement: Feminist Alternatives to Medical Control*, Santa Bárbara, Praeger, 1978.

## CAPÍTULO 3

### *Misoprostol y ecografías: más allá de lo prescripto*

Desde 2015, con la primera convocatoria del Colectivo Ni Una Menos para reclamar al Estado medidas contra los feminicidios y la violencia de género, el feminismo fue ganando reconocimiento y apoyos. Los Paros de Mujeres, la masividad de los Encuentros Nacionales de Mujeres, la recepción local del movimiento #MeToo y en 2018, el debate en el Congreso Nacional del proyecto de interrupción voluntaria del embarazo elaborado por la Campaña Nacional por Derecho al Aborto Libre, Seguro y Gratuito, construyeron el contexto para el surgimiento de la Marea Verde que inundó las calles con sus pañuelos distintivos. Los medios de comunicación incluyeron el tema del aborto en sus contenidos diarios, varias figuras del espectáculo se manifestaron a favor del aborto legal y un colectivo de actrices se organizó específicamente para militar el proyecto. Las redes sociales viralizaron las discusiones y muchas personas se reconocieron como protagonistas de historias de abortos clandestinos.

Luego de décadas de lucha feminista y en un contexto de crisis mundial sin precedentes a causa de la pandemia del COVID 19, en la madrugada del 30 de diciembre de 2020, el Congreso Nacional de la Argentina sancionó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) N° 27.610, que fue promulgada el 14 de enero de 2021. Esta ley establece el derecho de las mujeres y de las personas con otras identidades de género con capacidad de gestar a la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana catorce inclusive. Luego de esa fecha, mantiene las causales que garantizaban el acceso al aborto no punible ya previstas en el Código Penal de 1921: cuando el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la persona embarazada y cuando es producto de una violación.

En el escenario de discusión pública sobre la interrupción voluntaria del embarazo, el misoprostol en su uso abortivo y el ultrasonido como tecnología de visualización del feto fueron elementos clave. “Aborto” y “misoprostol” se incorporaron al vocabulario de políticos, periodistas,

activistas y la sociedad en general, y las imágenes ecográficas de no nacidos que reclamaban su derecho a la vida se instalaron en las retinas de transeúntes y entre quienes navegaban por las redes sociales. El “bebito” salió de las pantallas y se hicieron réplicas pequeñas que se colgaban de ventanas y balcones, se regalaban a personas que pasaban por la calle y se construyó una criatura gigante que representaba a una no nacida, que acompañó a quienes militaban contra la aprobación del aborto legal. Para muchas personas, esa imagen utilizada para amedrentar la decisión de interrumpir un embarazo podía hacerles recordar o imaginar un momento de felicidad, el de ver por primera vez a su “hijo” o “hija” y la posibilidad de guardar como recuerdo su “primera foto”.

En este capítulo presentamos los desarrollos y reapropiaciones del misoprostol y las ecografías obstétricas, dentro y fuera de los espacios estrictamente biomédicos, y en ese sentido, más allá de lo prescripto, y tramados con prescripciones sociales, moralidades, afectos y sentidos políticos. Para ello enfocamos en las articulaciones coincidentes y conflictivas entre las personas gestantes, los activismos feministas, los mercados, la industria farmacéutica y el sistema de salud.

### Googlea misoprostol

A inicios del 2018, en el programa televisivo *Intrusos en el espectáculo*, dedicado a chismes y escándalos de la farándula local, su conductor Jorge Rial invitó a periodistas, analistas y actrices feministas para que pudieran explicar las características del movimiento y sus demandas. Este convite fue en respuesta a la instalación del hashtag #YoSíSoyFeminista y de una polémica en las redes sociales generada por las declaraciones sobre el feminismo de una figura pública en ese mismo programa. En una de estas emisiones, la actriz y comedianta Señorita Bimbo conversó con Rial sobre violencia de género, abuso sexual, diversidad corporal, discriminación, educación sexual integral y también sobre el aborto, la necesidad de legalizarlo y los medios disponibles para acceder a la práctica de forma segura. Como había sucedido con otras entrevistadas, Bimbo llevaba el pañuelo verde distintivo de la Campaña. Entre las decenas de titulares que refirieron a esta nota, uno fue: “conozcan el misoprostol”. El uso del misoprostol en los abortos era conocido en las redes feministas y entre quienes habían estado en contacto con ellas. Lo que trajo este programa, y más tarde todas las repercusiones de la Marea Verde, fue la diseminación de la

información para “abortar con pastillas”, en un contexto de discusión más amplia sobre las luchas y demandas de los feminismos.

En esos días, “misoprostol” se volvió tendencia en las búsquedas de Google. Según la posición del sitio de referencia, se describía como un método para abortar de manera segura y libre, o ilegal y riesgosa. El libro digital “Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas”, producido por la agrupación Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto en 2009, aumentó la cantidad de descargas; las visitas a las páginas web de colectivas feministas como *Şocorristas en Red*, que desde 2012 articulan acompañamientos de abortos con misoprostol, también crecieron. En la prensa nacional se presentó información sobre su uso abortivo, a partir de datos y explicaciones de investigaciones académicas y relatos de militantes feministas que explicaron las características del aborto medicamentoso y ambulatorio y lo confirmaron como una práctica segura que ya estaba ocurriendo. Estos contenidos mostraban que hacer legal su uso ayudaría a reducir gastos en el sistema de salud, dado que era más oneroso atender las consecuencias de abortos clandestinos que distribuir misoprostol de manera planificada. En esos meses también se hizo público el hecho de que el Laboratorio Beta producía un medicamento que contenía esta droga bajo el nombre de *Oxaprost*. Si bien este medicamento se recetaba para tratar problemas gástricos, advertido sobre su uso con fines abortivos, el laboratorio elevó su precio estrepitosamente.

Mucha de esta información no era nueva para quienes habían buscado interrumpir un embarazo mientras esto fue ilegal y no punible si se encuadraba en determinadas causales. Al lanzarse a búsquedas en Internet, preguntar a otras mujeres conocidas, concurrir a las consejerías de salud sexual y reproductiva, consultar a determinados profesionales de la salud, pedir ayuda a organizaciones barriales y feministas, muchas personas habían accedido a información sobre misoprostol e incluso, en algunos casos, a las pastillas. Lo que cambió a partir de 2018 fue la popularización de la droga, la ampliación de la distribución de información por los medios de comunicación y redes sociales, junto con la instanciación de un debate social sobre el aborto, que se tramó con la discusión en el Congreso Nacional.

En 2018 en las mochilas y carteras de muchísimas personas, mayoritariamente mujeres, el pañuelo verde se anudó como muestra de apoyo al proyecto de ley de la Campaña<sup>122</sup>. En respuesta al proceso de

122. Karina Felitti y María del Rosario Ramírez Morales, “Pañuelos verdes por el aborto

despenalización social del aborto, quienes se oponían se organizaron en torno al espacio autodenominado “Salvemos las dos vidas”, que tomó como distintivo un pañuelo de color celeste y utilizó, como ya dijimos, el poder visual de las ecografías obstétricas y de representaciones materiales de no nacidos, a quienes mostró como bebés en peligro de muerte. El misoprostol estuvo presente en estas disputas simbólicas al formar parte de frases y consignas feministas como “Más miso, menos misa” y estar en el centro de atención de las organizaciones antiaborto legal. En este contexto, en julio de 2018, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó su uso en ginecología y obstetricia, aunque ya se utilizaba en ese ámbito desde la década de 1990. Para ubicar estos eventos y conocer sobre los orígenes del misoprostol es necesario remontarse algunas décadas atrás y a otras geografías.

### Historia(s) y apropiaciones

El misoprostol forma parte de la familia de las prostaglandinas, nombradas así en los años treinta, cuando ya se tenía conocimiento sobre las contracciones uterinas que generaban. Desde mediados de la década de 1960 comenzaron a estudiarlas varios laboratorios que buscaban, específicamente, un proceso para mejorar su estructura sintética que aún presentaba algunos problemas: un rápido metabolismo, efectos secundarios e inestabilidad química. En ese marco, a principios de la década de 1970 en los Estados Unidos, un equipo liderado por Paul Collins del laboratorio G. D. Searle & Co. inventó el misoprostol<sup>123</sup>. Desde el primer momento en que la probaron, los estudios mostraban que la nueva sustancia, llamada entonces SC-29333, representaba una mejora con respecto a las otras prostaglandinas, siendo efectiva para el tratamiento de la úlcera péptica y contra la gastropatía inducida por fármacos antiinflamatorios no esteroides. Es decir, identificaron sus aplicaciones gastroenterológicas y al mismo tiempo, reconocieron que no se podía evitar que provocara contracciones uterinas. Esto lo definieron como un efecto secundario, pero no exploraron sus potenciales aplicaciones ginecoobstétricas.

legal: historia, significados y circulaciones en Argentina y México”, *Encartes*, 3, 5, 2020, pp.110-145.

123. Paul Collins, “Misoprostol: Discovery, development, and clinical applications”, *Medicinal Research Reviews*, 10, 2, 1990, pp. 149-172.

Los textos inaugurales sobre esta droga fueron publicados por el equipo de Collins. La decisión había sido dejar de lado las posibilidades que podría tener en ginecología y obstetricia en una posología adecuada y reforzar que “estudios clínicos recientes han demostrado que el misoprostol puede aumentar la actividad contráctil uterina y puede poner en peligro el embarazo”<sup>124</sup>. Se lo definió como un protector gástrico y las pruebas para pedir su aprobación y comercialización como droga bajo el nombre de *Cytotec*, fueron solo para ese uso.

En 1982 esta nueva prostaglandina sintética pasó a denominarse misoprostol. En el primer quinquenio de los años ochenta se hicieron una serie de ensayos preclínicos en seres humanos cuyos resultados fueron publicados en revistas de gastroenterología. En 1985 fue presentado en la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) como un agente antiulceroso. En 1986, los médicos del área de investigación clínica y asuntos médicos de América del Norte de G.D. Searle & Co publicaron en *Digestive Diseases and Sciences*, una de las revistas más prestigiosas de esa especialidad, un estudio que aseguró el efectivo funcionamiento del misoprostol para el tratamiento de úlceras y volvió a observarse que se tenía conocimiento de sus efectos abortivos, a partir de estudios en mujeres embarazadas. La construcción de las indicaciones y contraindicaciones del misoprostol tuvieron una clara repercusión en la inscripción de la medicación en la FDA y, por ende, en la producción y comercialización del mismo.

### El aborto medicamentoso en América Latina

En países cuya legislación contemplaba el aborto legal comenzaron a realizarse ensayos clínicos que estudiaban al misoprostol en asociación con la mifepristona. Esta droga es un antiprogéstágeno (un bloqueador de progesterona) que detiene el embarazo y que, en combinación con algunas dosis de misoprostol, permite la expulsión del saco gestacional del útero. En cambio, donde la legislación convertía a la interrupción voluntaria del embarazo en una práctica clandestina, el misoprostol no estuvo asociado a la mifepristona, cuya composición la hacía claramente una droga abortiva y por eso no tenía circulación.

Este fue el caso de la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, pese a las restricciones, desde la década de 1980 se co-

124. *Ibidem*, p. 154.

menzó a usar el misoprostol como respuesta a la búsqueda de medios abortivos seguros. Así, ante la necesidad de interrumpir un embarazo, la contraindicación del fármaco se transformó en una indicación. De acuerdo con la investigadora Débora Diniz, las brasileñas fueron las primeras en utilizarlo de esa manera. En 1986 se introdujo en Brasil, producido por G. D. Searle & Co., comercializado en un primer momento por el mismo fabricante y luego por un laboratorio nacional, bajo un formato de 'venta libre' en 28 comprimidos de 200mg. cada uno. Diniz afirma que fueron las mujeres del noreste de Brasil quienes al ver la imagen de una mujer embarazada, una cruz en el prospecto y una pequeña aclaración que decía que no se podía tomar este medicamento si estabas embarazada porque podría ser abortivo, "por ensayo y error", comenzaron a usarlo para abortar<sup>125</sup>.

Según estimaciones de la época, en ese país se realizaban entre uno y cuatro millones de abortos por año, por lo que no resulta sorprendente que, entre mediados de 1988 y fines de 1989, diferentes grupos contrarios al aborto acusaron al Ministerio de Salud brasileño por la falta de control sobre este medicamento y pidieron al gobierno que lo retirara del mercado. En 1991, a partir de un acuerdo entre el Ministerio de Salud y la farmacéutica que lo comercializaba, se definió su venta con receta archivada, con el objetivo de reducir la disponibilidad de la droga. Esta respuesta política sobre la comercialización de *Cytotec* muestra cómo, en lugar de tratar los problemas apremiantes que enfrentan las mujeres, el Ministerio de Salud de Brasil y varias autoridades del gobierno estatal tomaron medidas para evitar que las mujeres obtuvieran este medicamento<sup>126</sup>.

De acuerdo con lo que plantea Bellucci, la experiencia de las mujeres brasileñas inspiró a los colectivos de acompañamiento en situación de aborto que emergieron en las décadas siguientes<sup>127</sup>. La adopción del misoprostol para realizar abortos respondió a diversos motivos: su precio lo hacía más accesible que los métodos quirúrgicos, resultaba seguro sin la necesidad de recurrir a una clínica y facilitaba un proceso

125. Araceli Carrizo Richelet y Juan Manuel Palomino Domínguez, "El aborto y el odio de género en Brasil. Entrevista a Débora Diniz", *Le monde Diplomatique* edición Cono sur, 2019. Disponible en: <https://www.eldiplo.org/notas-web/el-aborto-y-el-odio-de-genero-en-brasil/>

126. Margaret Arilha y Regina María Barbosa, "Cytotec in Brazil: 'At least it doesn't kill'. *Reproductive Health Matters*, 1, 2, 1993, pp. 41-52.

127. Mabel Bellucci, *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2014.

en privacidad y sin mayores intervenciones sobre el cuerpo. Sin embargo, el hecho de que los ensayos clínicos solo se hubieran desarrollado en relación con sus efectos gastroenterológicos y en combinación con la mifepristona solo en algunos países, trajo como consecuencia la falta de indicaciones precisas para utilizarlo como abortivo, provocando dolores y en muchos casos, la necesidad de atención hospitalaria.

### El misoprostol llega a la Argentina

En 1987 el misoprostol se incorporó como nueva droga en Argentina<sup>128</sup>. A diferencia del caso brasileño, los primeros registros de su uso provienen de profesionales de la salud que, en un momento inicial, lo utilizaron para casos de embarazo retenido y para la inducción de contracciones en el trabajo de parto<sup>129</sup>. En un principio, quedaba claro que en situación de parto no podían usarse las mismas dosis que en embarazos retenidos, porque cuanto más avanzada estaba la gestación, mayores son los receptores de prostaglandinas y, por ende, se necesitan menores cantidades para lograr las contracciones. Como el misoprostol se conseguía en comprimidos de 200mg, los/as profesionales de la salud que lo usaban en la década de 1990 recuerdan la necesidad de partir las pastillas hasta llegar a una posología adecuada que consistía en 25 o 50mg<sup>130</sup>. Es importante destacar que el acuerdo entre profesionales de la salud sobre su uso en la inducción de abortos, las dosis necesarias y las indicaciones asociadas, sucedió como resultado de la co-construcción con las mujeres, sus redes de apoyo y las militantes feministas, la transferencia de experiencias, conocimientos y saberes transnacionalizados<sup>131</sup>.

128. G. Bongiorno y E. Mandrile (1987), "Misoprostol", *Acta farmacéutica bonaerense*, 6, 2, pp. 129-133.

129. Germán Campos, Miguel Margulies, Liliana Voto, Juan Guillermo Rodríguez y Sergio Guzmán, "Misoprostol, un análogo de la PgE1, para la inducción de parto a término. Estudio comparativo y randomizado con ocitocina", *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 52(3), Buenos Aires, 1994, pp. 157-166.

130. Entrevistados/as en el marco del proyecto de investigación doctoral financiado por CONICET de Natacha Mateo, "Mujeres, salud sexual y (no) reproductiva, y abortos en Argentina. Un estudio de la construcción social del misoprostol como droga abortiva desde una perspectiva de género".

131. Sandra Salomé Vázquez y Lucila Szwarc, "Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina", *RevIISE*, 12(12), 2018, pp. 163-177.

Algunos/as profesionales de la época afirman que el misoprostol “venía de afuera” y puede suponerse que una vía de acceso del medicamento haya sido Brasil. En 1998 la ANMAT aprobó la venta de misoprostol bajo receta archivada, producido en combinación con el diclofenac para uso gastroenterológico. En 2010 este organismo autorizó la producción de misoprostol en comprimidos de 25mg al Laboratorio Domínguez, para ser comercializado bajo receta archivada y para uso exclusivamente hospitalario y, como ya dijimos, en 2018, para uso ginecológico en comprimidos de 200mg. En 2021, el Laboratorio Industrial Farmacéutico S.E. (LIF) que producía misoprostol en la provincia de Santa Fe, fue autorizado por la ANMAT para abastecer a todo el país. Ante esto, una médica generalista que hemos entrevistado reflexionó: “mirá todo lo que tuvo que pasar para que la ANMAT autorizara el misoprostol para uso ginecológico. Y nosotras estamos usándolo desde el 2005”. Justamente en 2005 fue cuando la Organización Mundial de la Salud incluyó el Misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para producir abortos seguros, especialmente en lugares donde la esta práctica era ilegal.

En Argentina las experiencias de uso fueron muy distintas. Por un lado, propio de las heterogeneidades federales, el acceso a los abortos no punibles contemplados en el Código Penal no se garantizaba por igual en todas las zonas. Esto respondía a la ambigüedad de interpretaciones judiciales al momento de solicitar autorizaciones, las particularidades de las reglamentaciones provinciales de los artículos 86 y 88 del Código Penal, la falta de información de los y las profesionales de la salud, sus experiencias laborales y el temor frente a la ilegalidad de la práctica. En estos escenarios de clandestinidad, la información sobre el aborto medicamentoso circulaba de boca en boca, en las guardias hospitalarias, en las residencias médicas y en los pasillos de los congresos de medicina. Estos intercambios buscaban dar respuesta a la demanda concreta que planteaban muchas mujeres que acudían a una consulta.

En 2007 se aprobó la Guía técnica para la atención integral de abortos no punibles (ANP), un documento enmarcado en las garantías de la Constitución Nacional, los tratados internacionales y la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva. Con un fuerte hincapié en cuestiones de definición legal, la Guía estableció las responsabilidades de profesionales de la salud frente a los derechos de las personas, los plazos para garantizar los ANP y las sanciones en caso de no ha-

cerlo. La Guía dejaba planteados dos problemas respecto al aborto con medicamentos. Por un lado, la OMS recomendaba realizarlos con misoprostol y mifepristona, pero esta última droga ni siquiera existía en Argentina. Por otro, no había suficiente evidencia empírica de ensayos clínicos de aborto solo con misoprostol y no estaba aún registrado en el país con estos fines.

La Guía, junto con el modelo de reducción de riesgos y daños en el plano sanitario que había comenzado a implementarse en 2001 en Uruguay, tuvieron una influencia importante en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en donde se desarrollaron consejerías pre y post aborto en algunos Centros de Atención Primaria de la Salud<sup>132</sup>. A grandes rasgos, este modelo partía de considerar que el aborto inseguro existe, que las políticas de criminalización no resuelven en ningún modo la situación y que la única forma de evitar las muertes y problemáticas asociadas a la práctica clandestina es generar espacios que ofrezcan información de manera clara y accesible para aquellas personas que, pese a las políticas restrictivas, la realizarán de todas formas. En las consejerías pre y post aborto del AMBA se brindaba información sobre procesos de interrupción del embarazo de manera segura, pero muchas mujeres ya sabían que podían realizar un aborto con pastillas y lo que buscaban era acceder a ellas. Al respecto, Zulema Palma, una ginecóloga feminista referente de la Campaña e integrante del colectivo ‘Mujeres al Oeste’ sostiene: “Hay que reconocer que el uso del misoprostol empezó en las mujeres antes de que los médicos se den (sic) [dieran] cuenta de que servía para eso”<sup>133</sup>.

Frente a un test positivo de embarazo o la incertidumbre ante la falta de menstruación, las mujeres y personas que afrontaban un embarazo no intencional buscaron alternativas por distintos medios. Uno de estos medios fue Internet, donde se desarrollaron foros de intercambio sobre el aborto con pastillas. Allí circulaba información sobre qué era el misoprostol, cómo usarlo y conseguirlo, y muchas mujeres contaban sus experiencias con la medicación, que podía haber sido buena, satisfactoria, mala u horrenda. En alguna medida, estos foros fueron también un sitio de catarsis para aquellas que por algún motivo, generalmente su administración, el misoprostol no les había funcionado.

132. Sonia Correa y Mario Pecheny, *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*, Montevideo, Mujer y salud en Uruguay, 2016.

133. Gisela Manzoni, Mariana Smaldone y Paula Soza Rossi, “Entrevista a Zulema Palma y Julia Medina, integrantes de Mujeres al Oeste”, *Descentrada*, 1, 2, 2017, pp. 1-8.

Otras personas buscaron atención en el sistema de salud, acudieron a consultas privadas o pidieron referencias a amigas, familiares y conocidas. Muchas otras se contactaron con militantes u organizaciones feministas, abiertamente declaradas a favor del aborto, en búsqueda de una solución. La capacidad de respuesta de estas organizaciones consolidó la idea de que la militancia feminista conocía más sobre el uso de la medicación que los/as propios/as profesionales de la salud.

### Redes de acompañamiento feministas

A fines de la década del 2000 las redes de acompañamiento para el uso del misoprostol cobraron visibilidad en los medios de prensa feministas y produjeron materiales informativos -tablas, trípticos, libros- que difundieron en distintos espacios. Los asesoramientos dejaron de darse solamente entre personas conocidas y llegaron a ser tareas estratégicas de la militancia cotidiana. Así se formaron redes que asistieron a miles de mujeres e, incluso, les explicaron a muchos/as profesionales de la salud cómo utilizar el misoprostol de manera segura, ganando espacios dentro del sistema sanitario. Una de las primeras formas de comunicación fue a partir de las líneas telefónicas que se crearon en varios países de América Latina, en donde el acceso a los servicios de aborto seguro estaba restringido. Este medio resultó eficaz, porque la consulta podía ser anónima, no había que ser mayor de edad para hacerla y era económicamente accesible, tanto para realizar una llamada como para enviar un mensaje de texto solicitando que les devolvieran la comunicación<sup>134</sup>. En Argentina, Lesbianas y Feministas por la Des-criminalización del aborto lanzó públicamente en 2009 la línea "Aborto, más información, menos riesgos", que en un año de atención recibió cientos de consultas. Con el objetivo de recuperar estas experiencias y a partir del seguimiento de estas llamadas, el colectivo publicó en 2010 el libro *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas* y lo colocó en Internet para su descarga gratuita<sup>135</sup>. Este texto no solo explicaba cómo usar el misoprostol, también proponía

134. Raquel Irene Drovetta, "Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe", en Carosio Alba (coord.), *Feminismos para un cambio civilizatorio*, Caracas, Fundación Celarg/CLACSO/Centro de Estudios de la Mujer, 2014, pp. 281-301.

135. Julia Burton, "De la Comisión al Socorro: Trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina", *Descentrada*, 1, 2, 2017, pp. 1-17.

una mirada sobre el aborto sin estigmas y como un derecho que debía ser apropiado y ejercido en libertad.

En 2009, en la Provincia de Neuquén, la colectiva feminista La Re-vuelta comenzó a gestar el "Socorro Rosa". A diferencia de la línea, esta estrategia se caracterizó por organizar encuentros presenciales que ponían a las mujeres que solicitaban el acompañamiento en contacto con otras que estaban atravesando la misma situación. En 2012, la articulación de experiencias similares a nivel nacional se plasmó en Socorristas en Red. Esta red, además de acompañar a las personas que realizaban una interrupción de la gestación, generó información estadística que resultó clave para dar a conocer quiénes eran las mujeres que abortaban, sus motivos y creencias, y producir conocimiento teórico sobre la posología de la medicación<sup>136</sup>.

Para el 2010, ya había sido posible establecer acuerdos, a partir de un proceso de co-producción de saberes entre diferentes actores que habían construido al misoprostol como un elemento abortivo seguro. La indicación era utilizar doce comprimidos en tres colocaciones de cuatro pastillas cada una, con un intervalo horario que podía variar entre tres y doce horas, y con dos vías posibles de administración: vaginal o sublingual. Dicha información estaba presente en el libro de Lesbianas y Feministas, el documento *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* que reedita la OMS en 2012 y la información difundida desde Socorristas en Red.

### El protocolo de interrupción legal del embarazo

En 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó el fallo "FAL, s/medida autosatisfactiva", a partir del caso de una joven de 15 años que había sido violada por su padrastro en la Provincia de Chubut, sobre el alcance de los abortos no punibles establecido en el artículo 86 del Código Penal. Esta disposición sirvió para aclarar y reforzar las tres causales ya presentes allí: peligro para la vida (causal vida), peligro para la salud (causal salud) de la mujer, o embarazo resultado de violencia sexual (causal violación). Esto resultó crucial para la implementación en 2015 del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE),

136. Ruth Zurbruggen, "Abortar y acompañar a abortar. Armándonos vidas activistas feministas afectadas", en Fundación Soberanía Sanitaria et al. (ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta y Limón, 2019, pp. 199-2018.

como el marco normativo que sustentó los espacios de acompañamiento dentro y fuera del sistema de salud y en sus articulaciones. De este modo, entre Socorristas en Red y quienes llevaban adelante las consejerías de reducción de riesgos y daños en algunos centros de salud, se impulsó dentro de la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito la difusión del uso del misoprostol. El protocolo de ILE funcionó desde su implementación como un marco de posibilidades en torno a la realización de abortos ambulatorios con la legislación vigente en esos años. Además, generó un cambio sustancial en la forma de concebir el aborto en el sistema de salud público, de ser comprendido a partir de un carácter de excepción (la no punibilidad) a ser considerado como la garantía de un derecho (legalidad)<sup>137</sup>. El protocolo recuperó la idea de salud planteada por la OMS, un “estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o acepciones”. Esta incorporación permitió plantear que cuando el Código Penal se refería a una situación de peligro para la salud de la mujer como causal de no punibilidad, la salud debía entenderse en esos términos.

Sin embargo, el protocolo no fue suficiente para que todas las interrupciones se llevarán adelante, por lo que siguió siendo fundamental la existencia de espacios como Socorristas en Red, que no solo difundían información sobre el uso de misoprostol y acompañaban otras prácticas cuando este ya no podía ser usado, sino que además generaban otros sentidos y afectos<sup>138</sup>. También resultó fundamental construir alianzas al interior de los centros de salud. En 2015, en el marco de la Campaña, se creó la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir que nuclea a quienes trabajan dentro de la salud pública para garantizar las interrupciones legales del embarazo en un primer momento y las interrupciones voluntarias del embarazo después de la sanción de la ley.

Como puede verse, en la segunda década del siglo XXI se tejieron diferentes acciones para apoyar la legalización del aborto: la discusión parlamentaria impulsada por la Campaña, la estrategia sanitaria con la Red de Profesionales, las consejerías y todas las personas del sis-

tema de salud que trabajaban para garantizar la implementación del protocolo de ILE, y los espacios de acompañamiento de las militantes feministas y algunas organizaciones sociales. En este sentido, los diferentes significados construidos en torno al misoprostol, ya como método abortivo en sí mismo –lejos de aquel uso como protector gástrico– entrecruzan a los diversos actores.

El hecho de que las personas puedan interrumpir sus embarazos de manera segura y sin la necesidad de un/a profesional de la salud que realice la práctica, ha permitido discutir el modelo médico hegemónico. A su vez, la sistematización de las experiencias de acompañamiento de situaciones de aborto que realizaron agrupaciones como las Socorristas, disputa un lugar en la producción de conocimiento legítimo. Por ejemplo, la publicación del libro de Dahiana Belfiori, *Código rosa. Relatos sobre abortos*, editado por primera vez en 2015 por La parte maldita, y la sistematización y análisis que hicieron Zurbriggen, Vacarezza, Alonso, Grosso y Trpin de los acompañamientos de socorristas a abortos en el segundo trimestre, realizados entre 2014 y 2017, que en total involucraron a 1.866 mujeres<sup>139</sup>. El “Cuaderno de cuidados pre, durante y post aborto (con pastillas)” producido por Adelitas y Mansa Ballena, editado en Chile y Argentina en 2016, incluyó recomendaciones de alimentos, fitoterapia, masajes, movimientos y respiraciones que podrían aliviar las molestias que genera el misoprostol, preparar el cuerpo y el útero para el momento de la expulsión y ayudar a recuperar la energía puesta en el proceso.

Como podemos ver, el uso actual del misoprostol para la inducción de abortos, dentro y fuera del sistema de salud, tiene una historia que incluye a todas las personas que se lanzaron a probarlo en sus propios cuerpos, aun cuando no era clara su posología y esa falta de exactitud generaban dolores y resultados fallidos. Acompañadas por amigas, familiares, militantes feministas, vecinas, un foro de internet, profesionales de la salud y otras en la soledad; algunas con datos certeros, otras con información que escucharon de un farmacéutico, de la amiga de una amiga, de una conocida, construyeron evidencias en la clandestinidad. Justamente, las experiencias que atravesaron en relación con el uso del fármaco como abortivo son centrales para pensar lo que significa para los feminismos ‘poner el cuerpo’.

137. Dalia Szulik y Nina Zamberlin, “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, 2020, pp. 46-67.

138. Nayla Vacarezza, “Aborto, experiencia, afectos” en Belfiori Dahiana, *Código rosa. Relatos sobre aborto*, Buenos Aires, La parte maldita, 2015, pp. 137-141.

139. Ruth Zurbriggen, Nayla Vacarezza, Graciela Alonso, Belén Grosso y María Trpin, *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo. Una investigación socorrista feminista*, Buenos Aires, La parte maldita, 2018.

Además de estas personas decididas, pese a todos los obstáculos, a poner fin a un embarazo inviable en ese momento de sus vidas —tal como lo definen las socorristas—, son protagonistas de esta historia los científicos que en la década de 1970 inventaron el misoprostol y estipularon que se usaría en gastroenterología y no en gineobstetricia; la OMS que lo reconoció como un medicamento esencial; médicos/as que lo probaron para inducir partos y luego abortos; farmacéuticos/as que indicaron usos en el marco de una venta clandestina; y militantes feministas que se formaron, se contactaron, se organizaron y acompañaron miles de abortos medicamentosos. También las compañías farmacéuticas, los laboratorios, las políticas y regulaciones públicas, los medios de comunicación, redes sociales e Internet forman parte de la trayectoria socio-técnica de la medicación.

### Usos del ultrasonido en situaciones de aborto

Richard y Dorothy Wertz afirman que el ultrasonido se originó en 1916, en el contexto de la Primera Guerra Mundial, como una técnica que permitía detectar submarinos y fechan en 1957 el momento en que se comenzó a usar para escanear fetos<sup>140</sup>. A partir de comienzos de los años sesenta, bajo la justificación de dar mayor seguridad al embarazo, la práctica fue haciéndose rutinaria e incluso demandada por las propias gestantes, quienes crearon una narrativa específica distinta a la biomédica. Por ejemplo, la idea de ver con la pareja, familiares, amistades, las imágenes del ultrasonido, la posibilidad de filmarla, imprimir imágenes, hacer llaveros y joyas con ellas o aprovechar la oportunidad de conocer el sexo del bebé, excedían los objetivos de control prenatal del sistema de salud. En paralelo a que la tecnología comenzó a ser ofrecida de forma comercial, quienes la proveían se organizaron profesionalmente. De acuerdo con Janelle Taylor, en los Estados Unidos en los años setenta, la rutinización del ultrasonido ofreció a muchas mujeres una oportunidad de empleo. Además, si bien el obstetra escocés Ian Donald es ampliamente reconocido como “el padre del ultrasonido”, los estudios feministas atribuyen a Marjorie Marr, una enfermera de ese equipo, el rol pionero, cuando comenzó a usarlo para saber la orientación del feto en el útero<sup>141</sup>.

En 2018 y 2020, durante los debates parlamentarios de los proyectos de legalización del aborto, quienes militaban en la campaña “Salvemos las dos vidas” organizaron ecografías en vivo en los alrededores del Congreso Nacional, con el fin de sensibilizar a la población sobre la vida intrauterina, a partir de los movimientos y latidos del feto. Este uso del ultrasonido y de las imágenes endoscópicas en las discusiones sobre el aborto no era nuevo. Varios trabajos se han ocupado de analizar a las ecografías como una práctica socio técnica, que desde los años sesenta colaboró en la universalización de la categorización del feto como persona, la naturalización y esencialización del vínculo materno-fetal y, en consecuencia, la desnaturalización del aborto.

El trabajo de Rosalind Petchesky fue uno de los primeros en advertir el uso de imágenes fetales en los debates sobre el aborto en los Estados Unidos durante la década de 1980. Tanto ella como Lynn Morgan, Bárbara Duden y Sara Dubow dieron ejemplos de la construcción del feto separado del cuerpo de la mujer gestante en la cultura masiva, por ejemplo, en la revista *Look* en 1962 y el trabajo del fotógrafo Lennart Nilsson publicado en la revista *Life* en 1965<sup>142</sup>. El análisis de estas producciones traza un paralelismo entre las imágenes de estos fetos suspendidos en el aire y los cuerpos de los astronautas flotando en el espacio, en un contexto de carrera espacial en plena Guerra Fría. La proliferación de imágenes fetales en ese momento coincidía con la escalada de los debates sobre aborto, antes de la resolución de la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso *Roe vs. Wade* que culminó con la legalización del aborto en 1973.

En 1984, el corto “El grito silencioso” (*The Silent Scream*) significó un hito en la historia de la producción de imágenes fetales para sostener posiciones antiaborto. La película estaba conducida por el médico Bernard Nathanson, quien se reconocía como ex proveedor de abortos y relacionaba su arrepentimiento con la llegada del ultrasonido y la posibilidad de ver lo que implicaba esta práctica. En esta producción, el feto era presentado como un ser vivo, “igual a cualquiera de nosotros”, y por ende, el aborto resultaba un homicidio. El montaje escenificaba la batalla entre el “niño en su vida prenatal” y los instrumentos abortivos, su “grito silencioso” ante la proximidad de la muerte. Esto se

140. Richard Wertz y Dorothy Wertz, *Lying-in: a history of child birth in America*, New Haven, Yale University Press, 1989.

141. Janelle Taylor, “A Fetish Is Born. Sonographers and the Making of the Public Fetus”,

en Janelle Taylor, Lynda L. Layne y Danielle Wozniak Riquet (eds.), *Consuming Motherhood*, New Jersey, Rutgers University Press, 2004, pp. 187-210.

142. Barbara Duden, “Disembodying women... op. cit; Lynn Morgan, *Icons of Life. A Cultural History of Human Embryos*, Berkeley, University of California Press, 2009.

hacia a través de las imágenes de un ultrasonido que, supuestamente, mostraba un aborto que sucedía en una sala contigua, que Nathanson explicaba y comentaba de acuerdo con sus conocimientos médicos y valoraciones morales. La película denunciaba el crimen y el negocio del aborto sin muchas precisiones, pero tenía más fuerza cuando apelaba al horror y la emotividad, al mostrar fetos descartados en cestos de residuos y a mujeres llorando, con miradas perdidas, enfrentado apesadumbradas las consecuencias de su "mala" decisión.

Una comisión de expertos de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) desestimó rápidamente la veracidad de la mayoría de sus contenidos: un feto de doce semanas no podía sentir dolor y el mostrado en la película, por su tamaño, no tenía menos de dieciocho; este no podía gritar porque no tenía aire en los pulmones; los movimientos rápidos eran normales y no una reacción ante la amenaza; el instrumental desplegado no era el utilizado en un aborto y las depresiones post aborto que se describían no estaban documentadas. A pesar de estas y otras críticas, como el hecho de recortar el cuerpo de las mujeres para mostrar solo su vientre, quitándoles así presencia y protagonismo. A su vez, el rol de la gestante no desaparece del todo en esta propaganda, ya que algunas veces el vínculo de dependencia es construido como un lazo potencialmente mortífero, como mostró Nadia Vacarezza<sup>143</sup>.

*El grito silencioso* se difundió en la Argentina a mediados de los años ochenta en distintos programas televisivos de gran audiencia y formó parte de los contenidos que muchas escuelas católicas brindaban en el marco de sus propuestas de educación sexual, propiciando en las nuevas generaciones una visión sesgada sobre el aborto, cargada de culpas y remordimientos<sup>144</sup>. Claudia Laudano documenta que la película fue estrenada en 1985 en medios televisivos argentinos por referentes del campo católico. En noviembre de ese año, una nota de opinión en *El Periodista* cuestionó la información de la película con datos publicados en revistas de circulación masiva en los Estados Unidos

143. Nayla Vacarezza, "Política de los afectos, tecnologías de visualización y usos del terror en los discursos contrarios a la legalización del aborto", en Ruth Zurbriggen y Claudia Anzorena (ed.), *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*, Buenos Aires, Herramienta, 2013, pp. 209-223.

144. Karina Felitti, "Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina", *Sociedad y religión*, XXI, 34-35, 2011, pp. 92-122.

y opiniones de expertos locales<sup>145</sup>. Más allá de estos señalamientos, la película hizo que muchas mujeres que hasta entonces no habían tenido una posición de rechazo ante el aborto comenzaran a revisar sus posturas. Estas imágenes plantearon al feminismo y los movimientos a favor del aborto legal el desafío de contestar esa hiperemotividad visual no solo con palabras.

El uso del ultrasonido en situaciones de pre-aborto en contextos de legalidad y también de ilegalidad de la práctica es otro tema de interés para la investigación y activismos feministas. En estos trabajos no solo se enfoca en la intencionalidad biomédica sino en las razones que llevan a que las mujeres consideren que es imprescindible realizarse una ecografía antes de un aborto. En el Protocolo de ILE publicado por el Ministerio de Salud de la Argentina en 2019, la ecografía no fue considerada un estudio de rutina para la realización de una interrupción, pero se planteó que podía ayudar a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo. Este documento explicita:

"Al momento de solicitar este estudio, se deberá explicar a la usuaria su derecho a solicitar no ver las imágenes ni escuchar los sonidos. En caso de realizarse la ecografía, solo se compartirán con la persona la imagen o el sonido de los latidos si ella lo solicita expresamente. Si no lo hace, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que aquello no suceda"<sup>146</sup>.

En la situación de consulta ecográfica se produce una incitación sobre la mujer a ver y saber sobre el feto y generalmente, la presunción por parte de los/as ecografistas de que ese embarazo no va a ser interrumpido voluntariamente<sup>147</sup>. Taylor, en su estudio sobre un conjunto de ecografistas estadounidenses, advirtió sobre mayores identificaciones y buenos tratos cuando la embarazada era de clase media y casada, y peores con adolescentes, afroamericanas y solteras. Al presentarse

145. Claudia Laudano, "Reflexiones en torno a las imágenes fetales en la esfera pública y la noción de 'vida' en los discursos contrarios a la legalización del aborto", *Temas de mujeres. Revista del CEHIM*, 8, 8, 2012, pp.57-68.

146. Ministerio de Salud de la Argentina, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, 2019, p. 36.

147. Irma Palma, Claudia Moreno Standen y Andrea Álvarez Carimoney, "El ultrasonido anterior al aborto en contexto de ilegalidad: un estudio sobre las prácticas discursivas de profesionales desde la experiencia de las mujeres", *Saúde e Sociedade* [online], 29, 4, 2020.

como una forma “objetiva” de conocimiento, se deja de lado el proceso de construcción de imágenes, lo mismo que el rol que tienen quienes realizan estas ecografías. Por ejemplo, puede mencionarse el mercado clandestino de ecografías desarrollado en China, India y Vietnam, en donde ciertos estudios prenatales que permiten identificar el sexo del feto están prohibidos, intentando así prevenir abortos selectivos que descarten fetos femeninos. Estas decisiones se explican porque los hijos varones suelen considerarse el reaseguro de la vejez de sus padres. Las mujeres tienen en general poca independencia económica, menos oportunidades de empleo, problemas de acceso a la herencia y necesitan de una dote para casarse. Estos abortos selectivos son usados por los grupos antiaborto como una evidencia de “feminicidios” utilizando un concepto feminista para disputarle su sentido original.

### **No nacidos en pantalla: memoria y mercado**

El ultrasonido aplicado a la obstetricia no solo tiene relación con las disputas políticas sobre el aborto legal o la necesidad biomédica de hacer más precisa la intervención. Millones de mujeres y personas gestantes realizan las ecografías que forman parte del control médico obligatorio del embarazo y otras que demandan voluntariamente porque desean comprobar la buena salud de sus “bebés”, ver su desarrollo, construir memorias familiares y compartir esas “primeras fotos”. A diferencia de otros controles e intervenciones que se resisten por innecesarios e invasivos durante el embarazo y el parto, los pedidos de ecografías en casos de embarazos voluntarios son casi siempre bienvenidos. Las imágenes del ultrasonido resultan una forma de volver al feto público, incluso antes de que la propia gestante reconozca sus movimientos.

En 1973, en una nota publicada en la revista argentina de crianza *Padres*, Hilda Schupack y Roberto Steimberg encontraban útil la utilización del monitor ultrasónico fetal para involucrar a los varones padres. Partían de considerar que los médicos, por sus conocimientos de palpación y el uso del estetoscopio obstétrico, y las madres, quienes podían sentir los movimientos a partir del segundo trimestre, tenían una relación más directa con el embarazo, pero al padre sólo le quedaba la posibilidad de colocar su mano y esperar la ‘patadita’. El artículo sugería que el monitor colaboraría con una mayor cercanía de los varones con el hijo en camino, además de servir para ubicar la placenta,

diagnosticar embarazos de gemelos y despejar dudas y ansiedades en caso de no sentirse movimientos o tener pérdidas. Judith Walzer Laevitt, en su estudio sobre el pasaje de la presencia paterna en la sala de espera a la sala de partos, coincide en la importancia que tuvo el monitoreo para facilitar este involucramiento e indica la importancia que dio al trabajo de las enfermeras durante el trabajo de parto, al ser ellas las encargadas de observarlo. A su vez, los médicos también podrían usar esas imágenes como pruebas en eventuales juicios.

Cabe decir que estas tecnologías, al tiempo que traían mayores sensaciones de seguridad, justificaban nuevas dependencias. De acuerdo con testimonios de algunas parteras que trabajaban en Buenos Aires durante los años setenta, cuando comenzó la difusión del ultrasonido el cinturón limitaba los movimientos durante el trabajo de parto y parto. Además, era frecuente interpretar como sufrimiento fetal un momento de descanso y que esto llevara a una cesárea innecesaria.

La industria publicitaria descubrió también que los fetos retratados por el ultrasonido pueden ser buenos vendedores. Janelle Taylor llamó la atención sobre un anuncio en la década de 1990 de Volvo en el que se ve una ecografía con un feto y la inscripción “¿Hay algo adentro diciéndote de comprar un Volvo?”. Lynn Morgan sumó el ejemplo de unas tarjetas de publicidad de Pampers.com en las que directamente se apelaba al feto como consumidor: “Tu aun no has nacido y ya estás descubriendo tu mundo”. También la industria cinematográfica ha hecho de las ecografías y los fetos que se visibilizan componentes de escenas de terror, como sucede en *Born. El embrión del mal* (2007), que muestra a una joven embarazada usando el ultrasonido de su padre ginecólogo para ver a su diabólico no nacido. En la comedia estadounidense *Mira quién habla* (1994), un feto habla desde el útero de su madre. En esa misma película, la escena de la fecundación es representada en los términos que señaló en su investigación Emily Martin: un óvulo pasivo que espera ser penetrado por muchos espermatozoides que compiten entre ellos y se arengan como *cowboys*. Un ejemplo literario es la novela de Ian McEwan *Cáscara de nuez* (2017), cuyo narrador es un no nacido que desde el útero escucha programas de radio, televisión, audiolibros, bebe alcohol, siente la actividad sexual materna y es testigo de un plan para asesinar a su padre.

Las ecografías también pueden desempeñar un rol importante en la construcción y preservación de las memorias familiares, especialmente en los casos de muerte gestacional y perinatal. Las imágenes ecográficas, el test de embarazo, y en el caso de muerte perinatal, el brazalete

de identificación, un mechón de pelo, huellas plantares, ropa, juguetes y fotos del bebé vivo o ya muerto, pueden ser atesoradas en cajas de recuerdo que, en algunos casos, son entregadas por el propio sistema de salud. Como señala Linda Layne, estas prácticas pueden ser abordadas desde dos posiciones antagónicas: una que celebra la agencia creativa de los consumidores y otra que critica el poder hegemónico de la cultura de consumo. A su vez, algunas madres y padres trabajan en la materialidad de la memoria y otras/os se enfocan más en aspectos sagrados y rituales.

Cecilia Johnson, en uno de sus trabajos sobre mujeres que utilizan Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), plantea la necesidad de superar un abordaje dicotómico que ve en las usuarias agencia o resistencia. Retomando el estudio de Petchesky antes citado, entiende que las mujeres usuarias no se sienten ni víctimas, ni pasivas frente a las tecnologías. Johnson también cita a Rayna Rapp en su crítica a la polarización de los discursos feministas y de la biociencia, donde los científicos son representados como “héroes o villanos” y las mujeres como “víctimas o resistentes”. Johnson insta a comprender las complejas condiciones históricas en que la biomedicina sirve y a la vez restringe los intereses de las mujeres, entendiendo a la ciencia como un dominio enormemente heterogéneo. Las respuestas de las mujeres y personas gestantes al ultrasonido se relacionan con el contexto biomédico y también con sus propias perspectivas sociales e ideológicas. Lo mismo puede decirse respecto a otras formas de control prenatal del feto que permiten detectar anomalías en el desarrollo, de acuerdo con los estándares esperados por la biomedicina. Los debates sobre las implicancias de estas pruebas y las decisiones que les siguen respecto a esas gestaciones son un tema de debate conceptual, moral y ético.

Tanto en los usos del ultrasonido como en las apropiaciones del mifeprostol se ponen en juego los intereses de las mujeres y de personas gestantes con muchos otros que las exceden. Sobre estas relaciones reflexionamos en la última parte de este libro.

## Epílogo

En las últimas décadas, los feminismos han ganado espacios destacados en la política de muchos países de Occidente, además de lograr apoyos multitudinarios en sus convocatorias en el espacio público y renovadas conexiones transnacionales que ponen a circular estrategias de acción, documentos, consignas, cantos, performances y símbolos. Esta “cuarta ola” plantea una convergencia entre radicalidad y masividad, y a la vez enfrenta resistencias cada vez más organizadas, como sucede con los movimientos que denuncian la “ideología de género”. En América Latina, los feminismos coinciden en la denuncia de la violencia de género y los feminicidios, la demanda del aborto legal, la defensa de las culturas originarias y del territorio<sup>148</sup>, y conectan las luchas contra la violencia de género con las violencias financieras, institucionales, racistas, laborales y extractivistas<sup>149</sup>. A su vez, la inclusión de contenidos feministas en los medios de comunicación, las industrias culturales y las redes sociales definen un feminismo popular, en el sentido de su llegada masiva. Algunas de sus premisas establecen afinidades con los guiones de subjetividad neoliberal, que valoran el amor propio, la autonomía y la seguridad personal, y a partir de ellos, el empoderamiento<sup>150</sup>.

En Argentina, el proceso de popularización feminista tuvo un momento destacado el 3 de junio de 2015, con la primera manifestación pública del movimiento Ni Una Menos. A partir de entonces, con el impulso transnacional que dio #MeToo en 2017 y especialmente en 2018, en el contexto del debate parlamentario por el aborto legal y la forma-

148. Marta Lamas, *Dolor y política: Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*, Ciudad de México, Océano, 2021.

149. Verónica Gago, *La Potencia Feminista o el deseo de cambiarlo todo*, Buenos Aires, Tinta y Limón, 2019.

150. Sarah Banet-Weiser, *Empowered. Popular Feminism and popular misogyny*, Durham, Duke University Press, 2018.

ción de la Marea verde, los feminismos aumentaron su presencia pública y su proyección nacional e internacional. El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres (cisgénero) y de todas las personas con capacidad de gestar se puso en el centro de la escena y esto permitió debatir sobre la libertad sexual, el placer, las relaciones entre varones y mujeres, los significados de la pareja, la familia, la maternidad y la paternidad, la división social del cuidado, y la salud sexual y reproductiva, considerada de forma integral, interseccional y desde enfoques no cis-hetero-mono normativos.

El logro que significó la ley de IVE dejó a la vista varios temas pendientes, como la inclusión concreta en la agenda de la justicia reproductiva de las experiencias y demandas de las personas trans, marroñes y con discapacidad. En el escenario de la Marea verde y la puesta en cuestión de los privilegios y la desigualdad de las responsabilidades reproductivas, las vasectomías se plantearon como un compromiso que los varones cisgénero debían asumir. Sin embargo, los activismos no enfocaron en cómo garantizar el acceso a esta práctica. Las dificultades que enfrentan muchos varones que deciden una vasectomía (falta de insumos y capacitación profesional, largas listas de espera) y la insuficiente distribución de la información sobre la misma son situaciones que requieren de una atención prioritaria, si consideramos una articulación entre salud y género que no solo se limite a las mujeres.

Por otro lado, ante la necesidad de garantizar la libertad sexual y reproductiva y erradicar los embarazos no intencionales, especialmente entre adolescentes y sectores vulnerabilizados, las tecnologías anticonceptivas disponibles no se han revisado lo suficiente. Los guiones con los que se promueven los implantes y se presentan sus efectos adversos, así como los que producen los anticonceptivos orales, no forman parte de las discusiones centrales de los activismos feministas. Como hemos visto en este libro, cuando la píldora comenzó a difundirse en Buenos Aires las asociaciones médicas no se concentraron en sus efectos en la salud de las usuarias, sino en cuestiones demográficas, políticas y de moral sexual. Pero tampoco las organizaciones feministas avanzaron sobre ello, como sí sucedió en los Estados Unidos y en algunos países europeos, en donde se desarrollaron movimientos por la salud de las mujeres que lograron cierto poder para enfrentar a las grandes corporaciones farmacéuticas.

En la última década, algunos grupos de mujeres de sectores medios urbanos han retomado discursos de la medicina tradicional y de la ginecología natural para plantear alternativas “naturales” y holísticas,

con una posición de denuncia y rechazo hacia la industria anticonceptiva. Sus iniciativas reclaman nuevas investigaciones que enfoquen no sólo en si las mujeres adhieren o no a un método anticonceptivo, sino en los imaginarios y emociones que se ponen en juego en sus decisiones.

En un contexto en donde muchas acciones que encaran las mujeres se presentan como empoderantes, en este libro propusimos introducir discusiones teóricas y políticas sobre las relaciones entre tecnologías biomédicas, desarrollos farmacéuticos y feminismos, desde una perspectiva que busca eludir aproximaciones dicotómicas entre liberación y sujeción, y miradas cortoplacistas de discusiones que tienen larga data. La píldora anticonceptiva, el implante subdérmico, el test de embarazo y el misoprostol transformaron la atención gineco obstétrica e incidieron en las decisiones y percepciones de las mujeres respecto a su sexualidad, corporalidad, embarazos, abortos y maternidades, de muy diversos modos. La vulnerabilidad atraviesa las experiencias de todas las usuarias, incluso de las social y económicamente más privilegiadas. La articulación de esta vulnerabilidad con discursos de empoderamiento, ligados a la autonomía de decisión y la libertad sexual, es una relación que quisimos subrayar.

Asimismo, la historización de estos dispositivos nos ha permitido dar cuenta de contextos nacionales y transnacionales específicos, en cuanto a las políticas de población, de desarrollo y sociales, la moral sexual prevaleciente, la producción social y política de creencias religiosas y espirituales, y su influencia en el Estado, los intereses de la corporación médica, del ámbito científico y de los laboratorios, así como los debates y acciones de los movimientos de mujeres y activismos feministas. Desde un enfoque interseccional, propusimos una reflexión sobre los procesos de apropiación diferenciados de estos artefactos y las controversias y debates que han producido en el pasado y en la actualidad. A su vez, tramamos una red de actores, humanos y no humanos, en donde sapos, conejillos de india, orina, hormonas, pipetas, revistas, publicidades, dinero, interactúan con políticos, médicos, feministas y usuarias de píldoras, implantes, test de embarazo, misoprostol y ultrasonido.

Nuestra propuesta analítica pone en discusión la construcción lineal de los artefactos y recupera el rol de co-producción de diversos actores, que muchas veces no fueron considerados relevantes al momento de construir la historia de los mismos. Al recuperar las voces de algunas usuarias de estas tecnologías, en especial en el caso de la píldora

anticonceptiva y de los implantes, mostramos la puesta en práctica de agencias que no necesariamente se corresponden con lo que algunas feministas esperaban de ellas. En su balance entre lo que implicaban los efectos secundarios y la tranquilidad de saber que no saldrían embarazadas, tomaron una decisión, que desde el análisis social entendemos en su contexto y como feministas respetamos.

¿Son estas tecnologías feministas? No nos aventuramos a dar una respuesta categórica a esta pregunta y en tiempos de consignas y hashtags, de necesidad de respuestas cortas y rápidas, dejar el interrogante parece una osadía. Del mismo modo, no plantear una historia de víctimas y victimarios escapa al paternalismo que ciertos feminismos asumen. Sin dejar de reconocer las violencias existentes, apostamos a los diálogos y debates informados, y esperamos con este libro haber contribuido a ellos.

## Bibliografía

- Abraham, John, "Sociology of Pharmaceuticals Development and Regulation: A Realist Empirical Research Programme", *Sociology of Health & Illness*, 30, 2008, pp. 869–885.
- Adaszko, Ariel, "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo", en Mónica Gogna (ed), *Embarazo y maternidad en la adolescencia*, Buenos Aires, Cedes, 2005, pp.33-65.
- Ariha, Margaret y Barbosa, Regina Maria, "Cytotec in Brazil: 'At least it doesn't kill'", *Reproductive Health Matters*, 1, 2, 1993, pp. 41-52.
- Bahamondes, Luis; Villarroel, Claudio; Frías Guzmán, Natalia; Oizerovich, Silvia; Velázquez-Ramírez, Norma; Monteiro, Ilza, "The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations", *Human Reproduction Open Volume*, 1, 2018.
- Banet-Weiser, Sarah, *Empowered. Popular Feminism and popular misogyny*, Durham, Duke University Press, 2018.
- Bellucci, Mabel, *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Buenos Aires, Capital Intelectual, 2014.
- Binstock, Georgina, *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016.
- Birgit, Nemeč y Olszynko-Gryn, Jesse, "The Duogynon Controversy and Ignorance Production in Post-Thalidomide West Germany", *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 2021, pp.75-86.
- Bonnema, Jorien y Dalebout, Joanneke, "The abuse of high dose estrogen/progestin combination drugs in delay of menstruation: the assumptions and practices of doctors, midwives and pharmacists in a Peruvian city", *Social Science & Medicine*, 34, 1992, pp. 281-289.
- Briggs, Laura, "Discourses of "forced sterilization" in Puerto Rico: The Problem with the Speaking Subaltern", *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 10, 2, 1998, pp. 30-65.
- Briggs, Laura, *Reproducing Empire: Race, Sex, Science and U.S. Imperialism in Puerto Rico*, Berkeley, University of California Press, 2002.
- Brown, Josefina Leonor, "Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas", *Cadernos Pagu*, 30, 2008, pp. 269-300.
- Buch, Alfonso, *Forma y función de un sujeto moderno. Bernardo Houssay y la fisiología argentina (1900-1943)*, Buenos Aires, UNQ, 2006.
- Burstein, Jason y Braunstein, Glenn, "The long gestation of the modern home test pregnancy", *Early Pregnancy: biology and medicine*, 1,4, 1995, pp. 288–296.

- Burton, Julia, "De la Comisión al Socorro: Trazos de militancia feminista por el derecho al aborto en Argentina", *Descentrada*, 1, 2, 2017, pp.1-17.
- Butler, Judith, *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*, Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Calafell Sala, Nuria, "La Ginecología Natural en América Latina: un movimiento sociocultural del presente", *Sexualidad, salud y sociedad. Revista latinoamericana*, 33, 2019, pp. 59-78.
- Campos, Germán; Margulies, Miguel; Voto, Liliana; Rodríguez, Juan Guillermo y Guzmán, Sergio, "Misoprostol, un análogo de la PgE1, para la inducción de parto a término: Estudio comparativo y randomizado con ocitocina", *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 52, 3, 1994, pp.157-166.
- Cano, Vir, "Imaginario sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización", *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista latinoamericana*, 33, 2019, pp. 42-58.
- Carrizo Richelet, Araceli y Palomino Domínguez, Juan Manuel (2019), "El aborto y el odio de género en Brasil. Entrevista a Débora Diniz", *Le monde Diplomatique* edición Cono sur, 2019. Disponible en: <https://www.eldiplo.org/notas-web/el-aborto-y-el-odio-de-genero-en-brasil/>
- Cepeda, Agustina y Rustoyburu, Cecilia, comp., *De las hormonas sexuales al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*, Mar del Plata, EUEM, 2014.
- Cepeda, Agustina, "Historia de una práctica clandestina. Justicia penal y aborto en Mar del Plata en las décadas de 1960 y 1970", *Revista de Trabajo Social Plaza Pública*, 7, 11, 2014, pp. 135-154.
- Cepeda, Agustina, "En los tiempos del test del sapo: justicia, aborto y políticas de población en Argentina de mediados del siglo XX", *Revista de Estudios Universitarios- REU*, [S. l.], 37, 1, 2011, pp. 243-265.
- Chico-Ponce de León, Fernando, "Historia de la cirugía de cráneo, de los tumores cerebrales y de la epilepsia en México", *Neurocirugía*, 20, 4, 2009, pp. 388-399.
- Clarke, Adele, *Disciplining reproduction: modernity, American life sciences, and "the problems of sex"*, Berkeley, University of California Press, 1998.
- Clow, Bárbara, "'An illness of nine months' duration': pregnancy and thalidomide use in Canada and the United States", en Feldberg, Georgina; Ladd-Taylor, Molly; Li, Alison y McPherson, Kathryn, eds., *Women Health and Nation: Canada and the United States since 1945*, Montreal, McGill Queen's University Press, 2003, pp. 45-66.
- Collins, Paul, "Misoprostol: Discovery, development, and clinical applications", *Medicinal Research Reviews*, 10, 2, 1990, pp. 149-172.
- Correa, Sonia y Pecheny, Mario, *Abortus interruptus. Política y reforma legal del aborto en Uruguay*, Montevideo, Mujer y salud en Uruguay, 2016.
- Cosse, Isabella, *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta. Una revolución discreta en Buenos Aires*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2010.
- Cueto, Marcos, "Laboratory Styles in Argentine Physiology", *Isis*, 85, 1994, pp. 228-246.
- Cuevas Barberousse, Tania, "Tecnologías contraceptivas y feminidad: la pastilla como un script de género", *Reflexiones*, 93, 2, 2014, pp. 115-127.
- Davis, Angela, *Mujeres, raza y clase*, Madrid, Akal, 2005 [1981].
- De León, Gimena y Thourte, Manuela, *Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos*, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, Buenos Aires, 2019.
- De Lima Pimentel, Ana Cristina; Bonan Jannotti, Cláudia; Gaudenzi, Paula; da Silva Teixeira, Luiz Antonio, "A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reações entre ciência, sociedade e Estado", *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1, 2017, pp. 43-52.
- Del Castillo, Enrique; Argonz, Joaquín y Galli Mainini, Carlos, "Cytological cycle of urinary sediment and its parallelism with vaginal cycle", *Journal Clinico Endocrinology*, 8, 1, 1948, pp.76-87.
- Dorlin, Elsa, "Pour une épistémologie historique du sexe", *Araben*, 3, 2006, 8-19.
- Drovetta, Raquel Irene, "Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe", en Carosio Alba, coord., *Feminismos para un cambio civilizatorio*, Caracas, Fundación Celarg/CLACSO/Centro de Estudios de la Mujer, 2014, pp. 281-301.
- Duden, Barbara, *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*, Cambridge, Harvard University Press, 1993.
- Oudshoorn, Nelly y Pinch, Trevor, eds., *How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technology*, Cambridge, MIT Press, 2003.
- Elu de Leñero, María del Carmen, ed., *Mujeres que hablan: implicaciones psicosociales en el uso de métodos anticonceptivos*, México DF, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, Instituto Nacional de Nutrición, 1971.
- Eraso, Yolanda, "Biotypology, Endocrinology, and Sterilization: The Practice of Eugenics in the Treatment of Argentinian Women during the 1930s", *Bulletin of the History of Medicine*, 81, 4, 2007, pp. 793-822.
- Fainsod, Paula, *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media: una discusión sobre las miradas deterministas de las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y madres en contextos de pobreza*, Buenos Aires, Novedades Educativas, 2006.
- Felitti, Karina, "'Unidas en un gran conjuro': espiritualidad y feminismos en la Argentina contemporánea", en Bárcenas Barajas, Karina y Delgado, Cecilia, coord., *Religión, género y sexualidad: entre movimientos e instituciones*, Ciudad de México, UNAM, 2021, pp. 141-171.
- Felitti, Karina, "De la 'mujer moderna' a la 'mujer liberada'. Un análisis de la revista Claudia de México (1965-1977)", *Historia mexicana*, 67, 3, 2018, pp. 1345-1393.
- Felitti, Karina, *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en los sesenta*, Buenos Aires, Edhasa, 2012.
- Felitti, Karina, "Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina", *Sociedad y religión*, XXI, 34-35, 2011, pp. 92-122.
- Felitti, Karina, "El control de la natalidad en escena: anticoncepción y aborto en la industria cultural de los años sesenta", en Cosse, Isabella; Felitti, Karina y Manzano, Valeria, coord., *Los sesenta de otra manera. Vida cotidiana, género y sexualidades en la Argentina*, Buenos Aires, Prometeo, 2010, pp. 205-244.

- Felitti, Karina, "El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires en los años sesenta del siglo XX", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 27, 2007, pp. 333-57.
- Felitti, Karina, "Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias", Tesis de doctorado en Historia, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 2009.
- Felitti, Karina y Ramírez Morales, María del Rosario, "Pañuelos verdes por el aborto legal: historia, significados y circulaciones en Argentina y México", *Encartes*, 3, 5, 2020, pp.110-145.
- Fleck, Ludwick, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*, Madrid, Alianza, 1987.
- Frank, Thomas, *The Conquest of Cool: Business Culture, Counterculture, and the Rise of Hip Consumerism*, Chicago, University of Chicago Press, 1998.
- Gago, Verónica, *La Potencia Feminista o el deseo de cambiarlo todo*, Buenos Aires, Tinta y Limón, 2019.
- Galeano, Eduardo, *Las venas abiertas de América Latina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2015 [1971].
- Galli Mainini, Carlos, "Reacción diagnóstica del embarazo en la que se usa un sapo macho como animal reactivo", *La Semana Médica. Anuario 1946-1947*, 1947, 54, pp. 337-340.
- Gandolfo Herrera, Ricardo, "Reacción Friedman negativa falsa por impermeabilidad renal por los Dres. Aquiles Molfino y Arturo Pérez Chacón", *Boletín del SOGIBA*, XIX, Buenos Aires, 1940, pp. 705-708.
- Gaudillière, Jean Pierre, "DES Cancer, and endocrine disruptors: ways of regulating, chemical risks, and public expertise in the United States", en Boudia, Soraya y Jas, Natalie, eds., *¿Powerless Science? Science and Politics in a Toxic World*, NY Berghahn Books, 2014, pp. 65-94.
- Gordon, Linda, *Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*, Champaign, University of Illinois Press, 2002.
- Grupo de Estudio y Práctica Política Sexual, *La Moral Sexual en la Argentina*, Buenos Aires, septiembre de 1973.
- Hanson, Clare, *A Cultural History of Pregnancy: Pregnancy, Medicine and Culture, 1750-2000*, London, Palgrave Macmillan, 2004.
- Hardon, Anita, "Contesting contraceptive innovation – Reinventing the script", *Social Science & Medicine*, 62, 3, 2006, pp. 614-627.
- Houssay, Bernardo y Lascano González, Juan Manuel, "Relaciones entre la hipófisis y el testículo en el sapo", *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, 5, Buenos Aires, 1929, pp. 77-88.
- Houssay, Bernardo, Giusti, José Luis y Lascano González, Juan Manuel, "Implantación de la hipófisis y estimulación sexual en el sapo", *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, 5, Buenos Aires, 1929, pp. 397-418.
- Ignaciuk, Agata, "Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género", *eajournal*, 1, 2, 2009, pp.1-25.
- Kaplan, Laura, *The Story of Jane: The Legendary Underground Feminist Abortion Service*, Chicago, University of Chicago Press, 1995.
- Laboria Cuboniks, *Xenofeminismo. Una política por la alienación*, 2015. Manifiesto accesible en <https://laboriacuboniks.net/>
- Lamas, Marta, *Dolor y política: Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*, Ciudad de México, Océano, 2021.
- Laudano, Claudia, "Reflexiones en torno a las imágenes fetales en la esfera pública y la noción de 'vida' en los discursos contrarios a la legalización del aborto", *Temas de mujeres. Revista del CEHIM*, 8, 8, 2012, pp.57-68.
- Layne, Linda L.; Vostral, Sharra y Boyer, Kate, ed. *Feminist Technology*, Champaign, University of Illinois Press, 2010.
- Layne, Linda L., *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*, London, Routledge, 2002.
- Leavitt, Sara, "A private little revolution: the home pregnancy test in American culture", *Bulletin History Medicine Summer*, 80, 2, 2006, pp. 317-45.
- Layne, Linda "The home pregnancy test: a feminist technology?", *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 37, 1/2, 2009, pp. 61-79.
- Manzoni, Gisela; Smaldone, Mariana y Soza Rossi, Paula, "Entrevista a Zulema Palma y Julia Medina, integrantes de Mujeres al Oeste", *Descentrada*, 1, 2, 2017, pp. 1-8.
- Marks, Laura, *Sexual Chemistry: A History of the Contraceptive Pill*, London, Yale University Press, 2010.
- Martin, Emily, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press, 1987.
- Milstein, César, "Los anticuerpos monoclonales: la curiosidad como fuente de riqueza", Conferencia dictada en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires, 15 de octubre de 1999.
- Ministerio de Salud de la Argentina, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, Buenos Aires, 2019.
- Ministerio de Salud de la Nación, *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*, Buenos Aires, 2007.
- Mintzes, Barbara; Hardon Anita y Hannemieke Hankhard, eds., *Norplant: under his skin*, Amsterdam, Women's Health Action Foundation & WEMOS, 1993.
- Morcillo, Santiago y Felitti, Karina, "'Mi cuerpo es mío'. Debates y disputas de los feminismos argentinos en torno al aborto y al sexo comercial", *Amerika*, 16, 2017, pp. 1-15.
- Morgan, Lynn, *Icons of Life. A Cultural History of Human Embryos*, Berkeley, University of California Press, 2009.
- Necochea López, Raúl, "Anticonceptivos en el Sur, Seguridad Nacional en el Norte", *Salud Colectiva*, 6,1, 2010, pp.103-111.
- Nelkin, Dorothy Tancredi, Laurence, *Dangerous Diagnostics*, Chicago, University of Chicago Press, 1994.
- Olszynko-Gryn, Jesse; Bjørnvik, Eira; Weßel, Merle; Jülich, Solveig & Jean, Cyrille, "A historical argument for regulatory failure in the case of Primodos and other 'hormone pregnancy tests'", *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 6, 2018, pp. 34-44.
- Olszynko-Gryn, Jesse, "The demand for pregnancy testing: The Aschheim-Zondek reaction, diagnostic versatility, and laboratory services in 1930s Britain", *Studies in History and Philosophy of Science, Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 47, 2014, pp. 233-247

- Olszynko-Gryn, Jesse, "When pregnancy tests were toads: The Xenopus test in the early NHS", *Welcome History*, 51, 2013, pp. 2-3.
- Oudshoorn, Nelly, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, London, Routledge, 1994.
- Palma, Irma; Moreno Standen, Claudia y Álvarez Carimoney, Andrea, "El ultrasonido anterior al aborto en contexto de ilegalidad: un estudio sobre las prácticas discursivas de profesionales desde la experiencia de las mujeres", *Saúde e Sociedade* [online], 29, 4, 2020.
- Pantelides, Edith Alejandra y Binstock, Georgina, "La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI", *Revista Argentina de Sociología*, 5, 9, 2007, pp. 24-43.
- Parry, Manon, *Broadcasting Birth Control: Mass Media and Family Planning*, Montreal, Rutgers University Press, 2013.
- Paz, Andrea y Ramírez, Carlota, "Riesgo(s) en disputa: El poder de definir el futuro deseable", en Fundación Soberanía Sanitaria (comp.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2019, pp. 89-100.
- Pérez, Moira, "Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer", en Fundación Soberanía Sanitaria (comp.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta y Limón, 2019.
- Phillips, Anne, *Our bodies whose property?*, New Jersey, Princeton University Press, 2013.
- Pinch, Trevor, "Testing - One, Two, Three ... Testing!": Toward a Sociology of Testing", *Science, Technology & Human Values*, 18, 1, 1993, pp. 25-41.
- Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y Reproductive Health Supplies Coalition, "2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice", 18 de diciembre de 2013.
- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, *Situación de salud de los y las adolescentes en Argentina*, Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, 2016.
- Radi, Blas, "Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos", en Fundación Soberanía Sanitaria (comp.), *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2019, pp.125-143.
- Reagan, Leslie, "From Hazard to Blessing to Tragedy: Representations of Miscarriage in Twentieth-Century America", *Feminist Studies*, 29 (2), Maryland, 2003, pp.356-378.
- Reagan, Leslie, *When Abortion Was a Crime: Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973*, Berkeley, University of California Press, 1997.
- Reis Brandão, Elaine y Coutinho do Nascimento, Naiara, "Long-Acting Reversible contraception: Análise das controvérsias que cercam sua circulação no sistema único de saúde no Brasil", *Encuentros Latinoamericanos (segunda época)* 5, 2, 2022, pp.17-41.
- Rodgers, Joann Ellison, "¿Quién dirige el espectáculo: ginecólogos o pacientes?", *Mademoiselle*, noviembre de 1978, pp.74-75.
- Rodhen, Fabiola, "Dualismos de género en la era de los nuevos usos sociales de la tecnociencia y la biología molecular", en Cepeda, Agustina y Rustoyburu, Cecilia, comp., *De las hormonas sexuales al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*, Mar del Plata, EUDEM, 2014, pp.35-73.
- Rosenblum, Arlene, "24 New Medical Miracles", *Good Housekeeping*, mayo de 1978.
- Ross, Loretta y Solinger, Rickie, *Reproductive justice. An introduction*, Berkeley, University of California Press, 2017.
- Ross, Loretta, "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism", *Souls*, 19, 3, 2017, pp. 286-314.
- Rustoyburu, Cecilia y Ariza, Lucía, "Autonomy in austerity times. Examining hormonal contraceptive implants in Argentina", *Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness*, 2022, en prensa.
- Rustoyburu, Cecilia, "Infancia, género y medicina. Un análisis histórico de los discursos endocrinológicos sobre el síndrome adiposo genital en Buenos Aires y Barcelona", *Asclepio*, 69, 1, 2017, pp.1-17.
- Rustoyburu, Cecilia, "Los implantes subdérmicos como tecnologías anticonceptivas para adolescentes. Un estudio de su implementación en la ciudad de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina)", *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 22, 2020, pp. 318-40.
- Ruzek, Susan, *The Women's Health Movement: Feminist Alternatives to Medical Control*, Santa Bárbara, Praeger, 1978.
- Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, *Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de Investigación*, Buenos Aires, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Gobierno de Salud, Presidencia de la Nación, 2018.
- Segal, Sheldon J, "The Development of NORPLANT Implants", *Studies in Family Planning*, 14, 6/7, 1983, pp.159-163.
- Siegel Watkins, Elizabeth, "From Breakthrough to Bust: The Brief Life of Norplant, the Contraceptive Implant", *Journal of Women's History*, 22, 3, 2010, pp. 88-111.
- Siegel Watkins, Elizabeth, *On the Pill: A Social History of Contraceptives, 1950-1970*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1998.
- Soskin, Samuel; Wachtel, Hans y Hechter, Oscar, "The treatment of delayed menstruation with prostigmine: a therapeutic test for early pregnancy", *Journal American Medical Association*, 114, 21, 1940, pp. 2090-2091.
- Soto Laveaga, Gabriela, "'Let's become fewer': Soap operas, contraception, and nationalizing the Mexican family in an overpopulated world", *Sexuality Research & Social Policy. Journal of NSRC*, 4, 3, 2017, pp. 19-33.
- Soto Laveaga, Gabriela, *Jungle Laboratories: Mexican Peasants, National Projects, and the Making of the Pill*, Durham, Duke University Press, 2009.
- Szulik, Dalia y Zamberlin, Nina, "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, 2020, pp.46-67.
- Tajer, Débora, et al, "Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: Barreras de género en la prevención y atención de la salud", *Salud Colectiva*, 15, 2019, pp.1-20.

Taylor, Janelle, "A Fetish Is Born. Sonographers and the Making of the Public Fetus", en Taylor, Janelle; Layne, Lynda L. y Wozniak Riquet, Danielle, eds., *Consuming Motherhood*, New Jersey, Rutgers University Press, 2004, pp.187-210.

Thoms, Ulrike, "The contraceptive pill, the pharmaceutical industry, and changes in the patient–doctor relationship in West Germany", en Ortiz-Gómez, Teresa y Santesmases, María Jesús, eds., *Gendered Drugs and Medicine: Historical and Socio-cultural Perspectives*, London, Routledge, 2014, pp. 153-174.

Tone, Andrea y Siegel Watkins, Elizabeth, *Medicating Modern America. Prescription Drugs in History*, New York, NYU Press, 2007.

Tone, Andrea, *Devices and Desires. A History of Contraceptives in America*, New York, Hill and Wang, 2001.

Ursi, Raúl, "Reacción de Schlor", *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. Trigésima sesión científica ordinaria del 10 de diciembre de 1953, Buenos Aires, 1953, pp. 462-465.

Vacarezza, Nayla, "Aborto, experiencia, afectos" en Belfiori, Dahiana, *Código rosa. Relatos sobre aborto*, Buenos Aires, La parte maldita, 2015, pp.137-141.

Vacarezza, Nayla, "Política de los afectos, tecnologías de visualización y usos del terror en los discursos contrarios a la legalización del aborto", en Zurbriggen, Ruth y Anzorena, Claudia, ed., *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*, Ciudad de Buenos Aires, Herramienta, 2013, pp. 209-223.

Vaitukaitis, Judith; Braunstein, Glenn y Ross, Griff, "Un radioinmunoensayo que mide específicamente la gonadotropina coriónica humana en presencia de la hormona luteinizante humana", *American Journal Obstetric & Gynecology*, 113, 1972, pp. 751-758.

Van Kammen, Jessica, "Who Represents the Users? Critical Encounters between Women's Health Advocates and Scientists in Contraceptive R&D", en Oudshoorn, Nelly y Pinch, Trevor, eds., *How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technology*, Cambridge, MIT Press, 2003, pp.151-71.

Vázquez, Sandra Salomé y Szwarc, Lucila, "Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina", *RevIISE*, 12, 12, 2018, pp.163-177.

Viveros Vigoya, Mara, "La esterilización masculina: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano", *Sexualidad, salud y sociedad*, 1, 2009, pp.11-29.

Weeks, Jeffrey, *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*, Madrid, Talasa, 1993.

Wertz, Richard y Wertz, Dorothy, *Lying-in: a history of childbirth in America*, New Haven, Yale University Press, 1989.

Zurbriggen Ruth, "Abortar y acompañar a abortar. Armándonos vidas activistas feministas afectadas", en Fundación Soberanía Sanitaria ed., *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta y Limón, 2019, 199-218.

Zurbriggen, Ruth; Vacarezza, Nayla; Alonso, Graciela; Grosso, Belén y Trpin, María, *El aborto con medicamentos en el segundo trimestre de embarazo. Una investigación socorrista feminista*, Buenos Aires, La parte maldita, 2018.

## Sobre las autoras

**Karina Felitti** es Doctora por la Universidad de Buenos Aires en el área de Historia. Es investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET) en el Instituto de Investigaciones en Estudios de Género (IIEGE) de la Universidad de Buenos Aires, con sede en la Facultad de Filosofía y Letras. Es profesora de la Especialización en Comunicación, Géneros y Sexualidades de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA, y del Área de Estudios Latinoamericanos de FLACSO Argentina. También ha sido capacitadora en programas de formación docente sobre Educación Sexual Integral. Ha investigado sobre la historia de las mujeres en Argentina y México; la justicia reproductiva en América Latina y las articulaciones entre religión, espiritualidad y feminismos. Fue becaria Fulbright, de la Fundación Carolina y del Instituto de Estudios Avanzados de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de Princeton, y realizó estancias de investigación en la Universidad de Granada, la Université Paris Diderot y El Colegio de México. Es autora de numerosos artículos, capítulos y libros, entre ellos, *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en la Argentina de los sesenta* (Edhasa, 2012), "The Birth Control Pill and Family Planning" en *The Oxford Research Encyclopedia of Latin American History* (ed. Stephen Webre, NY: Oxford University Press, 2022); coordinadora de *Madre no hayuna sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (Ciccus, 2012); *Diversidad, sexualidades y creencias. Cuerpo y derechos en el mundo contemporáneo* (Prometeo/Colegio Mexiquense, 2015), entre otros títulos.

**Agustina Cepeda** es Licenciada y Profesora en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata. Trabaja en el Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Actualmente investiga el campo de la endocrinología argentina y sobre las mujeres con diagnósticos de

endometriosis. Entre sus líneas de trabajo se destacan sus estudios sobre aborto, justicia y género en la Provincia de Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XX, y los debates y experiencias en el campo de la endocrinología argentina y el uso de hormonas en la clínica de mujeres. Es autora de varios artículos académicos y libros, entre ellos, *De las hormonas sexuales al viagra: ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil* (Mar del Plata: EUDEM, 2014), editado con Cecilia Rustoyburu; “Los abortos no punibles: Argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX”, *Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género*, 1, 2, 2017; “En los tiempos del test del sapo: justicia, aborto y políticas de población en la Argentina de mediados del siglo XX”, *Revista de Estudios Universitarios. REU*, 37, 1, 2011.

**Natacha Mateo** es Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) y doctoranda en Comunicación por la Universidad Nacional de La Plata. Es becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET). Es docente en la cátedra Sociología de la Ciencia y la Tecnología en la Facultad de Humanidades (UNMDP) y de Sociología en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social (UNMDP). Sus temas de investigación abarcan la construcción socio-técnica y cultural de tecnologías biomédicas en cruce con la perspectiva de género. En la actualidad, trabaja sobre la construcción sociocultural del misoprostol como tecnología abortiva. Entre sus publicaciones recientes pueden mencionarse: “Tecnologías de la (no)reproducción: discursos médicos sobre el implante subdérmico en jóvenes de sectores populares en Argentina”, en co-autoría con Cecilia Rustoyburu, en Ricardo Cicerchia (dir); *El estudio de las formas familiares en el nuevo milenio. Trayectos, dilemas y propuestas* (Prohistoria, 2020) y “Los cultos de matriz africana en Argentina ¿Una posición ambigua ante el aborto?”, en co-autoría con Pablo Ojeda, en Martín Jaime y Fátima Valdivia (comps.), *Mujeres, aborto y religiones: debates sobre política sexual, subjetividades y campo religioso* (Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2019). Es también autora de varios artículos en revistas académicas en torno del movimiento feminista, derechos y salud sexual y reproductiva.

**Cecilia Rustoyburu** es Profesora y Licenciada en Historia por la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Ha realizado una estancia postdoctoral en el Departament d'Antropologia Social i Història d'Amèrica i Àfrica de la Universitat de Barcelona. Es Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con lugar de trabajo en el Centro de Estudios Sociales y Políticos/FHUM/UNMDP. Es Profesora Adjunta Regular de la cátedra Sociología de la Ciencia y la Tecnología en el Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades (UNMDP). Desde 2001 forma parte del Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades de la Facultad de Humanidades/UNMDP. Ha dirigido proyectos de investigación financiados por la UNMDP, la Agencia Nacional de Ciencia y Tecnología y la Secretaría de Políticas Universitarias, sobre temáticas referidas a la medicalización de la infancia, la sexualidad y las identidades de género. Desde 2002, ha dictado seminarios de extensión y posgrado sobre historia de la infancia y la familia, didáctica de las ciencias sociales y educación sexual integral. Es autora de numerosos artículos en revistas científicas y libros sobre medicalización y biotecnologías. Entre ellos, *La medicalización de la infancia. Florencio Escardó y la Nueva Pediatría en Buenos Aires* (Biblos, 2019); *Cuerpos hormonales. Intersecciones entre laboratorio, clínica y sociedad* (EUDEM, 2018), compilado con Yolanda Eraso; *De las hormonas sexuales al viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidades en Argentina y Brasil* (EUDEM, 2014) editado con Agustina Cepeda.

## Colección

### PUNTOS DE FUGA

Historia de las mujeres y estudios de género

Dirigida por Nadia Ledesma Prietto (CInIG-IdIHCS/CONICET- FaHCE- UNLP)

Esta colección se propone acercar investigaciones que, desde una mirada descentrada, permitan ahondar en nuevos y diversos puntos de vista. Para ello, los distintos trabajos responden a tres áreas temáticas: trabajo y economía del cuidado, sexualidades, y cultura y política. Con el interés de llegar a un público amplio, Puntos de Fuga apuesta por una escritura por fuera de las normas académicas sin abandonar la rigurosidad epistemológica que conlleva la construcción de conocimientos situados.

## Tecnologías biomédicas y feminismos

### Historias de dispositivos, políticas y agenciamientos

Este libro introduce discusiones teóricas, sociales y políticas sobre las relaciones entre tecnologías biomédicas, desarrollos farmacéuticos y feminismos, a partir de la selección de cinco artefactos: la píldora anticonceptiva, el implante subdérmico, el test de embarazo, el Misoprostol y el ultrasonido.

Los modos de investigarlos, producirlos, etiquetarlos, prescribirlos, difundirlos, comercializarlos y usarlos, transformaron la atención de la ginecología y de la obstetricia en los servicios de salud; e incidieron en las decisiones y percepciones de las mujeres y personas con capacidad de gestar respecto a sus cuerpos y experiencias reproductivas. A su vez, formaron parte de debates políticos y sociales más amplios, a partir de su vinculación con políticas económicas y demográficas, su circulación entre activismos feministas, su inclusión en el mercado y la divulgación de sus efectos en los medios y redes sociales.

ISBN 978-987-8308-89-0



9 789878 308890