**X Jornadas de Jóvenes Investigadorxs**

**Instituto de Investigaciones Gino Germani**

**6, 7 y 8 de noviembre de 2019**

**Autora:** Cecilia Quattrucci

Licenciada en Sociología (UBA), Especializanda en Evaluación de Políticas Públicas

(UNLa), Residente Posbásica de Investigación en Salud (GCBA).

ceciliaquattrucci@gmail.com

**Eje Problemático Propuesto:** Eje 8. Feminismos, Estudios de género y

sexualidades

**Eje Problemático Alternativo:** Eje 7. Corporalidades, emociones y producción de subjetividades

**Título de la ponencia:**

**Contame sobre el chip. Otra mirada en la construcción de conocimiento sobre el**

**implante subdérmico**

**Palabras clave:** Implante subdérmico - experiencias - política pública

**Resumen**

La siguiente ponencia forma parte de una investigación más amplia, desarrollada actualmente en el marco de la Residencia de Investigación en Salud (GCBA). El proyecto aborda las experiencias de elección y uso del implante subdérmico, como método de larga duración, en centros de salud en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un tipo de estudio cualitativo, de diseño exploratorio descriptivo, con entrevistas en profundidad.

El implante subdérmico es un método anticonceptivo con poca trayectoria en nuestro país, incorporado en los últimos cinco años en centros de salud y hospitales del subsistema público de salud en la Ciudad de Buenos Aires y en algunas provincias. De la bibliografía disponible se desprende la caracterización que la investigación clínica y la industria farmacéutica han realizado sobre el implante subdérmico, su composición, su uso y sus efectos, tanto benéficos como adversos.

El presente trabajo nos propone preguntaros acerca de los discursos que sustentan el uso de esta tecnología anticonceptiva como política pública, así como por las características específicas que adopta su implementación en la ciudad de Buenos Aires. En este marco, se plantea pensar el implante subdérmico, sus usos y apropiaciones desde las experiencias de las mujeres usuarias, para ponerlos en relación y tensionarlos con aquellos discursos hegemónicos que dominan el campo de la salud, la sexualidad y la reproducción.

Este abordaje se enmarca en la necesidad de visibilizar y jerarquizar la perspectiva de las usuarias, a fin de revisar y poner en cuestión el lugar del conocimiento existente elaborado desde la perspectiva de la ciencia médica y farmacéutica, y retomado por los discursos de las políticas públicas. La experiencia entendida como herramienta epistémica y política, se constituye aquí en una fuente de conocimiento científico y en el fundamento de una nueva epistemología surgida desde un lugar de subordinación.

**Contame sobre el chip. Otra mirada en la construcción de conocimiento sobre el**

**implante subdérmico**

Cecilia Quattrucci

**Introducción**

El presente trabajo se enmarca en una investigación más amplia, desarrollada actualmente en el marco de la Residencia de Investigación en Salud (GCBA). El proyecto aborda las experiencias de elección y uso del implante subdérmico, como método de larga duración, en centros de salud en el sur de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un tipo de estudio cualitativo, de diseño exploratorio descriptivo, con entrevistas en profundidad a usuarias y a profesionales, cuyo análisis se complementa con el relevamiento de datos secundarios sistematizados desde el sistema de salud, así como con los lineamientos de la política de salud sexual y reproductiva de la Ciudad.

El objetivo principal del proyecto es conocer cómo son las experiencias de las mujeres en la elección y el uso del implante subdérmico. Esto implica por un lado, conocer el proceso de elección del método anticonceptivo -qué variables entran en juego, qué expectativas se depositan en esa elección, qué trayectorias reproductivas y no reproductivas anteceden esa elección-, y por otro, cómo se da ese uso luego de la colocación -qué cambios corporales y emocionales experimentan, cómo los significan, si toman medidas frente a esos cambios, si se adecúa a sus expectativas iniciales, etc.

En este trabajo, presento el tema de investigación que dio origen al proyecto, realizo una breve mención sobre qué actores han hablado sobre el tema hasta el momento y propongo preguntarnos por las características específicas que adopta el uso del implante subdérmico en la Ciudad de Buenos Aires en el marco de una política pública de salud. Como estrategia metodológica y posicionamiento político y epistemológico, planteo la pertinencia de pensar al implante subdérmico, sus usos y apropiaciones desde las experiencias de las mujeres[[1]](#footnote-1) usuarias, ponerlos en relación y tensionarlos con aquellos discursos hegemónicos que dominan el campo de la salud, la sexualidad y la reproducción.

El abordaje propuesto manifiesta la necesidad de visibilizar y jerarquizar la perspectiva de las usuarias, a fin de complejizar, revisar y poner en cuestión el conocimiento existente, elaborado desde la perspectiva de la ciencia médica y farmacéutica, y retomado por los discursos de las políticas públicas y por quienes trabajan en salud, que son quienes las efectivizan. La experiencia entendida como herramienta epistémica y política se constituye aquí en una fuente de conocimiento científico y en el fundamento de una nueva epistemología surgida desde un lugar de subordinación (Harding, 1986).

**La entrada del implante en la política pública**

Desde su inclusión en el año 2014 en la “canasta” de métodos de distribución gratuita, el implante forma parte de la estrategia de promoción de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs) junto con el DIU de cobre y el DIU hormonal con levonogestrel –línea de acción adoptada por la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS en Ciudad de Buenos Aires, impulsada por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Nación (DSSyR) y recomendada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y diversas sociedades científicas (DSSyR, 2018; WHO, 2018).

La incorporación del implante como tecnología anticonceptiva se inserta en la política pública de salud sexual y reproductiva como una forma de contribuir a la capacidad de las personas para decidir sobre su sexualidad y su reproducción. Particularmente el implante en el marco de la estrategia de promoción del uso de métodos anticonceptivos de larga duración, se ha constituido en una de las principales líneas de acción en la prevención del embarazo no intencional, con énfasis en la población adolescente con cobertura única del subsistema público de salud. En este contexto, desde su implementación hasta la actualidad la demanda y la colocación del implante en la Ciudad de Buenos Aires ha ido en crecimiento, siendo los principales destinatarios los efectores del subsistema público de salud localizados en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, la cual representa la región con los indicadores socioeconómicos más desfavorables de la ciudad, junto con la mayor cantidad de embarazos no planificados y embarazos durante la adolescencia. Asimismo, a nivel nacional, el implante se incluye como insumo prioritario en el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA).

**Acerca del implante como tecnología anticonceptiva**

El implante subdérmico es un método anticonceptivo hormonal de larga duración que requiere ser colocado y retirado por un profesional específicamente entrenado. Su efectividad se extiende por tres años y su acción es reversible, destacándose entre sus características que su eficacia no depende de la adherencia o del uso perfecto por parte de la usuaria (Gutiérrez Ramos, 2017).

La investigación clínica ha definido al implante subdérmico como un método que ofrece muchos beneficios, en tanto es altamente efectivo –con un índice de seguridad de un 99,5% (Trussell, 2011), con pocos efectos secundarios y casi ninguna contraindicación, que además tiene un retorno rápido a la fertilidad una vez interrumpido su uso y puede ser utilizado durante el período de lactancia y por mujeres con contraindicación al estrógeno (Agrawal y Robinson, 2005). Para su colocación no se requiere de la realización de estudios complementarios, sólo se debe descartar la posibilidad de embarazo. En el contacto previo a la colocación del implante se desataca la importancia del asesoramiento para la elección del método, en donde deben describirse sus características generales, duración, mecanismos de acción y los posibles efectos adversos (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2014).

El efecto anticonceptivo de larga duración del implante implica una hormonización del cuerpo de su usuaria y una supresión de la ovulación y los ciclos menstruales también de largo plazo. Como se mencionó, se trata de un método anticonceptivo que casi no tiene contraindicaciones clínicas y cuyos efectos adversos frecuentes, como los cambios en el patrón y/o la desaparición del sangrado menstrual, los dolores de cabeza, el aumento de peso, el dolor en las mamas, la aparición de acné, la disminución de la líbido, etc., forman parte de los cambios esperables que pueden ser producidos por el implante.

Estos efectos, denominados como “leves” o “tolerables” se ubican dentro de la construcción del cuerpo de la mujer como un cuerpo hormonal (Oudshoorn, 1994), de la naturalización de su hormonación artificial y de la medicalización de sus procesos vitales (Menéndez, 2009; Conrad, 2007). En este sentido, si bien su uso implica tolerar algunos de los cambios corporales y emocionales como los mencionados, se suele destacar que este método ofrece la certeza de no quedar embarazadas por 3 años, sin necesidad de controles, de negociaciones de pareja, de rutinas ordenadas, etc., ya que su efectividad es muy alta y no depende de la conducta de quien lo usa.

De la bibliografía disponible se desprende que la única caracterización que se conoce hasta el momento sobre el implante, su uso y sus efectos, es aquella que se ha producido desde la investigación clínica. Las investigaciones locales en este ámbito son aún escasas, aunque están comenzado a desarrollarse en los últimos años. Lo cierto es que no se han encontrado investigaciones que aborden en profundidad la implementación de una tecnología anticonceptiva novedosa como la del implante que incluya una mirada crítica, un análisis de la política de anticoncepción en la que se enmarca, ni que aborde en profundidad la experiencia subjetiva de las usuarias de este método.

**Las experiencias como estrategia de conocimiento**

La pregunta principal que da origen a la mencionada investigación está orientada a conocer las experiencias de las mujeres en la elección y el uso del implante subdérmico. En este sentido, la elección de las experiencias como herramienta para la construcción de conocimiento, se basa en la necesidad de analizar las estrategias anticonceptivas desde una óptica diferente a la de las organizaciones internacionales de salud, la biomedicina y la investigación clínica y farmacológica, que son quienes han tenido legitimidad para hablar sobre el tema hasta el momento. Frente a la forma de conocimiento pretendidamente neutral y universal de la ciencia, las experiencias de las mujeres se presentan como un conocimiento parcial, situado y encarnado (Haraway, 1995). “Justamente en la parcialidad del conocimiento situado, en sus divisiones y en su incompletitud, reside la posibilidad de producir visiones objetivas. A diferencia de la mirada desde ninguna parte de las epistemologías positivistas, que quisiera elaborar una imagen absoluta del mundo, ‘sólo la perspectiva parcial promete una visión objetiva’” (Haraway, 1988: 583 en Piazzini, 2014: 20).

La importancia de construir conocimiento a partir de la narración de la propia experiencia de las usuarias es una apuesta por una epistemología feminista. Un posicionamiento que cuestiona las premisas de neutralidad, objetividad y universalidad de la ciencia positiva e incorpora una lectura de las estructuras y los mecanismos que producen y reproducen condiciones de construcción del saber basadas en relaciones de poder y dominación.

En este punto, se destaca la necesidad de realizar una lectura de dichas experiencias desde la perspectiva de género, ya que históricamente, han sido leídas desde la mirada patriarcal de la ciencia. Tomamos aquí la definición de Judith Butler para quien el género es “el aparato mediante el cual tienen lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino, junto con las formas intersticiales hormonal, cromosómica, psíquica y performativa que el género asume” (Butler, 2004:11). El género como norma regulatoria es constitutiva de los modos en que las mujeres experimentan la sexualidad, construyen relaciones sexoafectivas y acceden (o no) a la anticoncepción. En el terreno de la salud sexual, la posibilidad de las mujeres de decidir sobre su sexualidad y su reproducción o su no reproducción se ubica en el entramado de las relaciones de poder desiguales entre géneros. Este control explícito o simbólico que se ejerce de manera directa o indirecta sobre la sexualidad de las mujeres, así como los roles y expectativas socialmente adjudicadas a las mismas, forma parte de la relación de subordinación en la que estas se encuentran.

El uso de hormonas artificiales en los cuerpos de las mujeres tiene una larga historia, que se remonta en su uso socialmente extendido a los inicios de la píldora anticonceptiva por los años de 1960 (Cuevas Barberousse, 2014a). Los síntomas o sensaciones expresados por quienes concurren hasta el día de hoy a una consulta médica muchas veces son negados por los/as profesionales o desligados de los efectos de los métodos hormonales utilizados. El saber científico establece, tipifica y describe cuáles son los cambios, las sensaciones, los padecimientos, atribuibles al uso de esas hormonas. Todo lo que se encuentre por fuera de este espectro para el saber médico es imaginado o atribuido erróneamente por la persona usuaria (Cuevas Barberousse, 2014b). Diana Maffia (2007) señala que los médicos han visto a las mujeres por los ojos de la teoría androcéntrica y han impuesto esta visión a las mujeres, que ven así obstaculizado el contacto con sus propias experiencias corporales, mediatizado por un saber que refuerza su dependencia.

La experiencia es la herramienta epistémica y política para visibilizar poderes naturalizados. En este escenario se la convoca para hacer aparecer aquello que no tiene lugar en la ciencia neutral de la que se sirven los protocolos de investigación y atención clínica. Un saber-poder (Foucault, 2006) que domina deslegitimando y subestimando los saberes de las usuarias en lo que hace a las sensaciones o cambios relativos a sus propios cuerpos.

En este marco, la experiencia incluye al conjunto de sentidos, usos y reapropiaciones que las mujeres construyen en torno a una tecnología como el implante. Tomamos aquí la definición que realiza Teresa de Lauretis, de la experiencia como un proceso dinámico, continuo e inacabado que comprende tanto elementos personales como sociales. Para esta autora, “la experiencia sería el efecto de la interacción de la subjetividad con el mundo” (de Lauretis, 1984 en Bach, 2010: 35). Esta experiencia es subjetiva, situada y dinámica y se constituye en el punto de análisis de la intersección entre el contexto socio cultural y la vivencia singular, entre la política pública y la trayectoria biográfica. Se trata de una experiencia subjetiva, que se describe desde la perspectiva de quien la transita en primera persona, pero que es eminentemente intersubjetiva y relacional, socialmente construida, que se conforma junto a otros, en interacción y relación con ellos (Cabrera 2014; Cortés, 1997).

**A modo de cierre**

Por tratarse de un proyecto exploratorio, cuyo trabajo de campo se encuentra en su fase inicial no voy a presentar conclusiones, sino que más bien voy a destacar sólo algunas de las ideas que mencioné como centrales en el desarrollo y sobre las que considero pertinente volver antes de cerrar esta presentación.

Lo que sabemos hasta el momento sobre una tecnología anticonceptiva como el implante, se ha ido construyendo entre la investigación farmacológica de laboratorio y las investigaciones clínicas. Los estudios de seguimiento realizados en instituciones de salud se nutren del monitoreo de parámetros clínicos preestablecidos, que son los que se relevan y registran luego en las consultas médicas. Aún los análisis de las políticas públicas en salud, suelen utilizar como principal insumo, las estadísticas que el mismo sistema de salud produce en base a variables escasamente cuestionadas.

Los estudios clínicos establecen una suerte de guión de lo esperable en la consulta médica frente a una práctica o al uso de cierto fármaco, pues, los efectos relevantes a ser registrados son los mostrados por la evidencia difundida. Lo que se escapa del guión son síntomas, sensaciones, reacciones que el saber médico suele no atribuir, en este caso, al implante, ya que desde su perspectiva la mujer los asocia erróneamente con el uso del método anticonceptivo y su registro no reviste ningún interés. Como en otras áreas de la salud, se registra casi exclusivamente aquello que la biomedicina define como “objetivo”, y, por ende, científicamente relevante. La dimensión “subjetiva” de lo que experimenta la mujer no aparece en ningún registro médico, no forma parte de las estadísticas de salud, con frecuencia no tiene valor científico.

En este marco, resulta relevante pensar la construcción de conocimiento de un fenómeno aún poco estudiado, como lo es el uso del implante subdérmico, desde otro enfoque, incorporando las perspectivas que quedan fuera del discurso oficial de la ciencia (Haraway, 1995). Esta mirada hace entrar en escena a aquellos aspectos “subjetivos” de las experiencias de las mujeres con el implante, que hablan de su lugar social de esas mujeres, de sus vínculos, de su relación con ellas mismas, con otres y con el sistema de salud. La experiencia aquí aparece no como un valor en sí mismo sino como una forma de echar luz sobre posibles vinculaciones entre las trayectorias reproductivas y no reproductivas con las condiciones sociales de existencia. Tomamos aquí los relatos de las mujeres como forma de reconstruir y construir en el acto de narrar esas experiencias. En términos de Trebisacce, nos interesan esos relatos “en tanto y en cuanto consiguen hablar de una historia, de un contexto, de relaciones sociales” (2016: 290).

**Bibliografía**

Agrawal, A. y Robinon, C. (2005). An assessment of the first 3 years’ use of Implanon® in Luton. *J Fam Plann Reprod Health Care* *31(4)*: 310–312.

Bach, A. M. (2010). Las voces de la experiencia. Buenos Aires, Editorial Biblos.

Butler, J. (2006). Regulaciones de género. Traducción de Moisés Silva. From Undoing Gender, by Judith Butler (2004). Reproducido con autorización de Routledge / Taylor & Francis Group, llc. *La ventana* 3(23) Guadalajara. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-94362006000100007&script=sci\_arttext

Cabrera, P. (2014). Propuesta teórico-metodológica para el estudio de la subjetividad desde una perspectiva antropológica. *Revista Virajes* 16(1): 185–208.

Conrad P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Revista Nueva Antropología*, 16 (53-52): 89–115.

Cuevas Barberousse, T. (2014a). Tecnologías contraceptivas y feminidad: la pastilla como un *script* de género. *Rev. Reflexiones 93 (2)*: 115-127. ISSN: 1021-1209.

--- (2014b). Contracepción y feminidades: un análisis de la resistencia a la pastilla. *Rev. Ciencias Sociales 143*: 141-155. ISSN: 0482-5276.

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación (2018). “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”. Recuperado de:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001389cnt-informe\_implante.pdf

Foucault, M. (2006). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Gutiérrez Ramos, M. (2017). Controversias sobre anticoncepción. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* *63(1)*:83–88.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Harding, S. (1996). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.

Maffía, D. (2007). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer 12 (28).* ISSN 1316-3701.

Menéndez E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Oudshoorn, Nelly (1994). *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*. London and New York. Routledge.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación (2014). Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Buenos Aires. Disponible:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-Guia\_practica\_metodos\_anticonceptivos\_2014.pdf

Rodriguez, R. (2004). La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de falopio en la provincia de Mendoza. Tesis de grado. Directora: Dra. Alejandra Ciriza. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad De Ciencias Políticas y Sociales. Carrera de Sociología.

Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta moebio* 57: 285-295.

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception 8 (3)*: 397–404.

WHO, Department of Reproductive Health and Research (2018) Family planning: a global handbook for providers. *Updated* 3rd edition. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1

1. La presente investigación no desconoce la diferencia entre la categoría de mujeres y la de personas con capacidad de gestar. En este caso se eligió trabajar con la categoría de mujeres, ya que son las que asisten de manera casi exclusiva a los consultorios de salud sexual de los centros de salud, constituyéndose la población de estudio por mujeres cis que tienen prácticas sexuales con varones cis. [↑](#footnote-ref-1)