

LOS IMPLANTES SUBDÉRMICOS COMO TECNOLOGÍAS ANTICONCEPTIVAS PARA ADOLESCENTES. UN ESTUDIO DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA (BUENOS AIRES, ARGENTINA)

DOSSIER

CECILIA RUSTOYBURU - ceciliarustoyburu@yahoo.com.ar
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Centro de Estudios
Sociales y Políticos, Universidad Nacional de Mar del Plata

FECHA DE RECEPCIÓN: 25-3-2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 13-7-2020

Resumen

Este artículo aborda la incorporación de los implantes subdérmicos como un método anticonceptivo en Argentina. En 2014, el Estado Nacional los incluyó entre los dispositivos que provee gratuitamente en los centros de atención primaria de la salud y los hospitales. Fueron enunciados como una tecnología moderna para erradicar el embarazo en la adolescencia, y destinados a jóvenes de 15 a 19 años que hubieran atravesado un evento obstétrico y no dispusieran de obra social. La investigación aquí presentada focaliza en los discursos de la política en la cual se enmarca dicha distribución y en su implementación en la ciudad de Mar del Plata a través de un análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Se inscribe en los estudios de ciencia y tecnología con perspectiva de género, específicamente en el campo de investigaciones sobre anticonceptivos como un script de género (Akrich, 2013; Barberousse, 2014) y cómo tecnologías disciplinarias que portan parte de la socialización y la normalización del comportamiento reproductivo (Oudshoorn, 1998, 2003). Analiza las tensiones entre el script de los implantes subdérmicos, como métodos destinados a mujeres de países pobres porque en su adherencia no media la voluntad de las usuarias, y su implementación en el marco de programas que reivindican los derechos y la autonomía de las adolescentes.

Palabras clave: implantes subdérmicos – tecnologías anticonceptivas – sexualidad – adolescencia

IMPLANTS AS CONTRACEPTIVE TECHNOLOGIES FOR ADOLESCENTS. A STUDY OF ITS IMPLEMENTATION IN THE CITY OF MAR DEL PLATA (BUENOS AIRES, ARGENTINA)

Abstract

This article studies the incorporation of subdermal implants as a contraceptive method in Argentina. In 2014, the National State included them among the devices that it provides free of charge in primary health care centers and hospitals. They were enunciated as a modern technology to eradicate teenage pregnancy and intended for young people between 15 and 19 years of age who had undergone an obstetric event and did not have social work. The research presented here focuses on the discourses of the policy in which this distribution is framed and its implementation in the city of Mar del Plata through an analysis of quantitative and qualitative data. It is part of science and technology studies with a gender perspective, specifically in the field of research on contraceptives as a gender script (Akrich, 2013; Barberousse, 2014) and as disciplinary technologies that carry part of the socialization and normalization of the reproductive behavior (Oudshoorn, 1998, 2003). It analyzes the tensions between the script of subdermal implants, as methods aimed at women from poor countries because their adherence does not mediate the will of the users, and their implementation within the framework of programs that claim the rights and autonomy of adolescents.

Keywords: subdermal implants - contraceptive technologies - sexuality - adolescence

319

Introducción

En 2014, el Ministerio de Salud de Argentina incorporó a los implantes subdérmicos como uno de los métodos anticonceptivos hormonales que ofrece gratuitamente en los hospitales y centros de atención primaria. Se aplicaron en el marco de políticas públicas destinadas a prevenir el embarazo en la adolescencia. La población de destino fue definida como mujeres de entre 15 y 19 años, que hubieran atravesado un evento obstétrico previo y no tuvieran obra social. Luego se ampliaron los criterios, hasta que en 2019 se estableció que todas las jóvenes menores de 24 años podrían acceder a ellos en el sistema de salud público y privado. Los dispositivos distribuidos son de la marca comercial Implanon, de la compañía Organon, que contiene Etonogestrel: un progestágeno que inhibe la ovulación y genera cambios en la mucosa cervical. Desde los enunciados de la

política, estos anticonceptivos han sido calificados como de nueva generación, porque se colocan debajo de la piel, tienen un 99% de efectividad y duran 3 años. Afirman, además, que al ser administrados por un/a profesional médico, permite evitar los posibles inconvenientes de la falta de adherencia, y que fueron pensados especialmente para disminuir los embarazos no deseados de las jóvenes que no habrían sabido o podido evitarlos (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2015; Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, 2017; Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). Sin embargo, su promoción se inscribe en programas y campañas que reivindican abordajes integrales de la sexualidad y la salud reproductiva, con una perspectiva de género y de derechos en las que la autonomía y la responsabilidad progresiva de las adolescentes ocupa un rol protagónico.

Los implantes subdérmicos resultan novedosos en Argentina, pero fueron creados a inicios de la década de 1980. El primero fue Norplant, desarrollado en Finlandia en 1983. Unos años después, la firma que lo comercializaba logró la autorización de la Food and Drug Administration (FDA). Sin embargo, aunque los implantes hormonales fueron fuertemente promocionados por las autoridades gubernamentales en Estados Unidos, se usaron casi exclusivamente en el marco de políticas destinadas a adolescentes negras de los *ghetos*, madres adolescentes, mujeres que vivían en alojamiento sociales o procesadas por abuso infantil (Dorlin, 2006; Siegel Watkins, 2010). En los países más pobres, los implantes fueron distribuidos como parte de las estrategias de las políticas de regulación de la población porque aseguran una fiabilidad record. Una vez que las mujeres autorizan su colocación, sin garantía absoluta de una comprensión de su funcionamiento ni de sus efectos adversos, no pueden detener el tratamiento, ni a la hormona que circula por su cuerpo, sin la ayuda de un/a profesional (Dorlin, 2006).

Este artículo se inscribe en los estudios de ciencia y tecnología con perspectiva de género, específicamente en el campo de investigaciones sobre tecnologías contraceptivas. Estos trabajos, retoman las perspectivas constructivistas (Bijker

et al., 1987; Oudshoorn & Pinch, 2003) y han identificado cómo los contextos de producción y uso de los anticonceptivos son espacios claves para analizar como se construyen y materializan ideas sobre la feminidad y el cuerpo femenino como hormonal, cíclico y reproductivo (Oudshoorn, 2003; Siegel Watkins, 2012). Entienden a los anticonceptivos como tecnologías disciplinarias que portan parte de la socialización y la normalización del comportamiento reproductivo (Oudshoorn, 1998, 2003). Y como un script o guión de género, porque contienen una cosmovisión de género en sus propios contenidos técnicos y pueden predefinir el margen de espacio y acción de sus usuarias (Akrich, 2013; Barberousse, 2014). Retomaremos estas conceptualizaciones para analizar las tensiones entre el script que portan los implantes subdérmicos –como métodos destinados a mujeres de sectores populares y con la potencialidad de asegurar su adherencia porque no media en su efectividad las acciones de las usuarias–, y su implementación en el marco de políticas que reivindican los derechos y la autonomía de las adolescentes. Focalizaremos nuestro análisis en dos núcleos problemáticos: los distintos discursos y las prácticas que definen una población usuaria para los implantes; las representaciones sobre el cuerpo de las mujeres que portan estas tecnologías que producen efectos adversos, y cómo estos debilitan su eficacia basada en la adherencia. Nuestra estrategia metodológica se basa en el análisis de discursos y datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación; y un estudio de la distribución de implantes en la ciudad de Mar del Plata, a través de estadísticas oficiales del municipio, entrevistas en profundidad a profesionales de la salud y una encuesta auto-administrada destinada a usuarias.

Metodología

Para abordar los discursos de los lineamientos de la política pública en la cual se enmarca la distribución de implantes anticonceptivos, se analizaron los informes oficiales y las guías sobre criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos (MAC) para profesionales de la salud del Ministerio de Salud (luego convertido en Secretaría durante la gestión de Mauricio Macri), los materiales promocionales del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la adolescencia

(ENIA) y los documentos destinados a los profesionales sobre esta temática por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El estudio de la implementación se focalizó en Mar del Plata, una ciudad de 700.000 habitantes, ubicada en la provincia de Buenos Aires y a 400 km de la capital del país. Tiene la particularidad de ser una de las localidades que cuenta con un Programa y un centro de atención primaria de la salud, dependiente del Estado municipal, destinado exclusivamente a adolescentes. Además, es sede de dos hospitales regionales de jurisprudencia provincial - Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" (HIEMI) y Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" (HIGA) - y cuenta con 32 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) municipales. En primer lugar, se analizaron los datos cuantitativos proporcionados por la Dirección de Atención a la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredon, que registran el centro de salud, fecha de colocación, edad, eventos obstétricos anteriores y métodos anticonceptivos utilizados con anterioridad de las 983 personas que recibieron el implante en el sistema municipal entre 2015 y 2018.

322

En segundo lugar, se realizaron entrevistas en profundidad a 13 profesionales de la salud. Con la intención de abarcar cierta diversidad de abordajes, se seleccionaron agentes de distintas especialidades (ginecólogas, médicos/as generalistas, residentes de medicina general y trabajadores/as sociales) y que se desempeñaran en los CAPS donde se administraron la mayor cantidad de implantes (según los datos de la Dirección de Atención a la Mujer), y en los consultorios especializados en adolescencia: en el HIEMI y en el Programa Municipal de Salud Integral en la Adolescencia. Con ellos/as se abordaron cuestiones referidas a las características de la población destinataria de implantes, criterios de selección de las usuarias, sus representaciones sobre los distintos MAC y sobre la sexualidad en la adolescencia, sus ideas respecto de los derechos sexuales y reproductivos, y sus prácticas para garantizar el acceso y la elección de tecnologías anticonceptivas por parte de las usuarias.

En tercer lugar, se diseñó una encuesta autoadministrada destinada a usuarias de implantes anticonceptivos. Se distribuyó un formulario de google por distintas redes sociales oficiales del Grupo de Investigación sobre Familia, Género y Subjetividades de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se alcanzaron 139 respuestas completas de la ciudad de Mar del Plata. Se focalizó en datos referidos a la forma en que recibieron información y accedieron a dicho MAC, edad, nivel educativo, situación laboral, relaciones sexo afectivas en el momento de la colocación, MAC utilizados con anterioridad, motivos por los cuales eligió el MAC, efectos adversos experimentados y acciones emprendidas con relación a ellos, adherencia, barreras para interrumpir el método¹.

Resultados

Los implantes subdérmicos como un MAC ¿para adolescentes?

En Argentina, los métodos anticonceptivos de larga duración fueron destinados a adolescentes en el marco de una política pública que reconoce derechos y entiende a la salud en sentido amplio. En 2007, durante el gobierno de Néstor Kirchner, se creó el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente (PNSIA) con el propósito de generar herramientas para un abordaje que hiciera propios los principios de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia N° 26061, del Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, de la Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26529 y del Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI). Desde esa perspectiva, la salud sexual de las/os adolescentes se interpretó como un derecho y el sistema de salud - a su vez - debía asegurar la autonomía y la confidencialidad debiendo atender al principio de responsabilidad progresiva. La autonomía fue entendida como la posibilidad de tomar sus propias decisiones. La retórica de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y la reivindicación de su autonomía se tradujo en

¹ Este estudio se enmarca en el proyecto de investigación "Género, tecnología y hormonas: experiencias y resignificaciones en salud sexual y (no)reproductiva en Mar del Plata-Batán", aprobado por la Secretaría de Investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata, desarrollado bajo la codirección de la autora, en el Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades de la Facultad de Humanidades. En la realización de las entrevistas también participó Natacha Mateo.

un enfoque integral que hacía hincapié en la educación sexual integral y el acceso a una salud sexual y reproductiva plena.

En 2018, durante el gobierno neoliberal de Mauricio Macri, se lanzó el Plan Nacional de Prevención de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA). En su creación, los intereses locales se tramaron con las agendas de los organismos internacionales. El Plan se fundamentó en las Convenciones y Tratados ratificados por Argentina – que tienen carácter constitucional – y en las metas de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 2015. En 2017, en Asunción (Paraguay), por iniciativa del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Argentina, Brasil, Paraguay, Chile y Uruguay firmaron su compromiso para la implementación del Marco Estratégico Subregional de Prevención y Reducción del Embarazo Adolescente No Intencional del Cono Sur. Allí se sustentó la idea de que la reducción de la pobreza sería posible a través de la aplicación de políticas de población. El Plan ENIA, la retomó y planteó que el embarazo adolescente “sedimenta las inequidades sociales”, de género, sanitarias y económicas, y se focalizó en la prevención como una herramienta para erradicarlo (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación, 2019). Los implantes subdérmicos fueron incorporados como una tecnología moderna que iba a garantizar el éxito del Plan (Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). A pesar de que no se contemplaba a la maternidad como una opción legítima, el Plan recuperaba la retórica de derechos.

En los discursos sostenidos desde el Plan ENIA, los implantes anticonceptivos son promocionados con una postal que reivindica la autonomía. En la viñeta de la portada, 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, eludiendo la opinión de la madre. La verdad sobre el significado del chip reside en

la voz del experto, que es un profesional adulto, hombre y que viste guardapolvo blanco. El mismo plan elude informar sobre los efectos adversos de la hormona que contiene el método, y sobre el derecho a decidir abandonarlo.

Aunque la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) había autorizado el uso de implantes anticonceptivos Implanon en mayores de 18 años, en 2014 se aplicó en mujeres de entre 15 y 19 años que hubieran atravesado un evento obstétrico en los últimos 12 meses, y que no tuvieran obra social o prepaga. Como mencionamos anteriormente, luego se ampliaron los criterios para definir a las destinatarias: en 2015 se estipuló que podrían acceder hasta los 24 años, y en 2018 el evento obstétrico previo dejó de ser un requisito. En 2019, fueron incluidos en el Plan Médico Obligatorio (PMO), lo que implica que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga deben solventar su costo. Sin embargo, aun no está expandido en el sistema privado. No es posible adquirirlos en las farmacias, y se aplican en los centros de salud estatales. Su difusión aun es incipiente, es el método menos utilizado, pero se prevé que se propague progresivamente.

Desde 2018, la Secretaría de Salud de la Nación estableció que los implantes subdérmicos estarían disponibles para todas las menores de 24 años. Sin embargo, *todas* no fue sinónimo de acceso universal. En Mar del Plata, las ginecólogas entrevistadas refieren que en las clínicas y en los consultorios privados no los presentan como un método elegible debido a sus efectos adversos. En este sentido, una de ellas plantea que:

... tiene efectos adversos que hay que medir. En una chica adolescente que haya tenido un hijo, tal vez esos efectos son menos adversos que otro embarazo. Si? (R. Médica ginecóloga. Consultorio de Salud Integral en la Adolescencia).

Las opiniones de los/as profesionales de la salud sobre los métodos anticonceptivos y la manera en que leen a las usuarias condiciona el acceso a esas tecnologías. Los implantes, así, son definidos como un método para madres

adolescentes que se atienden en el sistema estatal, y se delimita como no-usuarias a quienes puedan elegir no tener efectos adversos.

En el proceso de implementación, además, la población ha sido redefinida por los/as profesionales de la salud a través de la gestión de excepciones. En 2018, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizó una encuesta a 1101 usuarias de todo el país que da cuenta de que entre las jóvenes de 15 a 19 años que recibieron el implante, el 64,8% había tenido un parto previo; y entre las de 20 a 24 años, un 69,1%. Es decir, que el porcentaje de excepciones es relativamente importante. La base de datos de la Dirección de Atención a la Mujer da cuenta de que en Mar del Plata-Batán, en los CAPS, lo recibieron mujeres de entre 13 y 38 años. A través de las entrevistas a profesionales, hemos identificado que la disponibilidad, o no, del recurso determina que se respeten, o no, los criterios estipulados por la política pública. Cuando se convierte en un material escaso, puede derivar en que dejen de pedirlo al área que los provee, o restrinjan su uso. En los períodos en los que hubo faltantes, o menor cantidad, se han realizado pocas excepciones. En los momentos en que la provisión se mantuvo estable, han establecido criterios más amplios en cuanto al rango etario. En cambio, en comparación con los datos nacionales, los perfiles de las usuarias nos permiten aseverar que el requisito de haber atravesado un evento obstétrico previo se ha sostenido más rigurosamente.

A través de dichas entrevistas hemos podido reconocer que las excepciones frecuentemente se realizan para colocar los implantes en mujeres en situación de calle, con enfermedades psiquiátricas o discapacitadas, con conductas sexuales de riesgo y sin capacidad de sostener un MAC oral o inyectable. Las ginecólogas advierten que algunos anticonceptivos orales no son efectivos en interacción con alguna medicación destinada a enfermedades mentales. En este sentido, una de ellas relata la siguiente situación:

...una chica de 13 años con esquizofrenia, con cinco pastillas antipsicóticas, le voy a poner el implante. No tenía parejas, no había iniciado relaciones sexuales, así que no había apuro, pero esa chica es candidato a inyectable, implante o DIU.

Porque pastillas anticonceptivas no sabemos la interacción con otros medicamentos, aparte no les viene la menstruación porque los antipsicóticos provocan amenorrea. Se busca un método que dentro de todo no tenga tanta autonomía la paciente sino que sea un control más. (R. Médica ginecóloga. Consultorio de Salud Integral en la Adolescencia).

Las jóvenes en tratamiento psiquiátrico suelen ser asociadas a conductas sexuales descuidadas, o riesgosas. En este caso mencionado, aún sin ser sexualmente activa. Las trabajadoras sociales del sistema municipal entrevistadas también utilizan los implantes para evitar embarazos en jóvenes con esquizofrenia, y en situación de calle:

Tengo una mamá con una esquizofrenia, que tiene veintipico de años, no la puedo dejar afuera de esto porque es imposible que se acuerde de tomar la pastilla, y que use. Entonces ya se hizo la excepción. Tenemos esa chica que vive en la calle, 14 años y no tuvo hijos, pero es la única opción que tenemos. (M. Trabajadora social. Consultorio de Salud Integral en la Adolescencia).

... hay una chica que atendemos acá en salud mental que creo que tiene 22 años, tiene un hijo que debe tener 5 años. También se tomó una medida de abrigo porque ella estuvo muy descompensada Ahora está en tratamiento psiquiátrico, pero en un momento se niega también a hacer un tratamiento y se descompensa de nuevo y desaparecía, y se metía en la casa de cualquier tipo y la verdad que sabemos que no es (piensa) y que ella esté expuesta a esas situaciones es lo que hay que evitar, pero bueno la verdad es que ahí yo también, hablamos con la madre y la pareja de la madre, y se le aplicó el implante. Se le explicó a ella también, obviamente, pero la verdad es que tiene muy limitada su capacidad de comprensión. (L. Trabajadora social. CAPS).

La incapacidad de comprensión también suele asociarse a algunas adolescentes que tienen bajo nivel de adherencia a otros métodos, y conductas sexuales entendidas como de riesgo. En el Consultorio de Salud Integral en la Adolescencia y en el HIEMI, ellas son las usuarias vinculadas a los implantes. Las profesionales manifiestan que consideran que el método más recomendable son las pastillas

anticonceptivas, pero cuando notan que las jóvenes no logran recordar la toma diaria pasan a los inyectables mensuales. Y en caso de que este MAC tampoco pueda ser sostenido, recurren a Implanon.

En el proceso de distribución y uso de los implantes en la ciudad de Mar del Plata, la mayoría de las usuarias son adolescentes y los/as profesionales manifiestan que muchas se acercan a los CAPS a solicitarlos. Sin embargo, no todas son leídas como autónomas y responsables. Estas tecnologías anticonceptivas, desde su diseño, portan una representación de las usuarias como personas que no pueden sostener la adherencia a un MAC que emerge en los consultorios aunque no siempre esté presente en los materiales de difusión que emiten las agencias gubernamentales.

Los implantes como (re)productores del cuerpo femenino

Esta posibilidad de intervenir sobre los cuerpos de las mujeres no se restringe solo a quienes son personas leídas como de riesgo, en tratamiento psiquiátrico o con discapacidad. La medicina, como un cuerpo de saberes, y los médicos se han convertido en las voces autorizadas para identificar síntomas, diagnosticar enfermedades y administrar tratamientos. Sus interpretaciones sobre el cuerpo de las mujeres como reproductivo, cíclico, inestable, riesgoso, sufriente y débil condicionan sus lecturas y sus acciones. Las tecnologías anticonceptivas suelen portar script que (re)producen estas ideas. Los MAC suelen provocar efectos adversos que los científicos, los profesionales de la salud y la industria farmacéutica suponen que las mujeres pueden y deben soportar. Diversas investigaciones han demostrado los malestares que suele ocasionar el uso de implantes (Angarita, 2017). La guía para profesionales del Ministerio de Salud de Argentina referida a los métodos anticonceptivos prescribe los criterios de elegibilidad de cada uno, retomando los establecidos por la OMS (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2015). En cuanto a los implantes subdérmicos expresa que casi todas las mujeres podrán utilizarlos de manera segura y eficaz. Advierte que los componentes hormonales pueden tener efectos adversos para algunas patologías circulatorias como

trombosis o isquemias, cirrosis, cáncer de mama y hepático, cefaleas o sangrados vaginales de etiología desconocida.

Desde la definición de las políticas referidas a salud sexual y reproductiva, la información sobre las características, ventajas y efectos de cada método anticonceptivo no sólo son entendidas como la garantía del derecho a la información y a la elección autónoma por parte de las usuarias. También son interpretadas como mecanismos que aseguran la adherencia al método, especialmente en el caso de los implantes subdérmicos porque resultan costosos. Los resultados de la encuesta realizada por la Secretaría de Salud Sexual y Reproductiva evidencian que es menor el abandono del método cuando las usuarias han recibido previamente la orientación adecuada. Sin embargo, en los materiales de difusión del Plan ENIA no suelen incluir información al respecto. A través de su página web *Hablemos de todo*, administrada por el Instituto Nacional de Juventud, les informa a las adolescentes que: “No es cierto que la aplicación es dolorosa y tampoco tiene efectos adversos como el aumento de peso” (Instituto Nacional de Juventud, s.f.).

329

Argentina muestra un porcentaje muy bajo de usuarias que se retiran el dispositivo antes de lo previsto, el 13,1% (en relación con el 33% o 25% estimado internacionalmente). De acuerdo con el relevamiento de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, los motivos más frecuentes por los cuales han cambiado de MAC se deben a la ausencia de menstruación (39,6%) y al aumento de peso (31,9%). Un porcentaje menor manifiesta otros motivos vinculados a los efectos secundarios de las hormonas (Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). Las consecuencias de Implanon en los cuerpos son similares en todas las poblaciones en las que se aplica, entonces los distintos niveles de adherencia deben ser explicados por otros motivos.

En Mar del Plata, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil ha informado que el 43,3% de las pacientes que usan *Implanon* sufren de cefalea, el 33,3% de acné, el 24,99% de aumento de peso, el 7,4% de mastalgia (dolor en las

mamas), el 16% de alteraciones emocionales, el 16% de dolor abdominal y un 4,9% de dolor y eritema en el sitio donde se coloca el dispositivo. El 85% evidenciaron alteraciones en el patrón de sangrado, y el 63% amenorrea. Sin embargo, sólo retiraron 4 implantes (4,9%) por los efectos adversos (Martínez et al., 2015). Los datos oficiales con que cuenta la Dirección de Atención de la Mujer sólo contemplan los perfiles de las usuarias y las fechas de colocación, pero no de la extracción. Las usuarias que hemos encuestado informaron padecer distintos efectos adversos: 43,8% refirió que sufrió dolores de cabeza, 42,3% cambios de humor o emocionales, 40,9% aumento de peso, 24,8% dolor abdominal, 19,7% dolor en las mamas, 16,8% acné, 16,8% disminución de peso. Sólo el 9,4% respondió que no le produjo ningún cambio. Sin embargo, sólo el 20% de quienes pidieron en un centro de salud que les saquen el implante lograron que les hagan la intervención. Al 60% se les prescribió que esperen a que se les pasen los síntomas. Al 20% restante les indicaron un tratamiento. Los motivos que ellas esgrimieron para quitárselo han sido enunciados como cambios hormonales, aumentos de peso y quistes en los ovarios.

Entendemos que parte de la explicación de la alta adherencia en la ciudad de Mar del Plata radica en las barreras que encuentran las usuarias para quitarse el implante cuando lo consideran necesario. No pudimos vislumbrar un consenso entre los/as profesionales de la salud entrevistados/as respecto de los motivos por los cuales las usuarias solicitan quitarse el implante. Indistintamente, refieren que es por el aumento de peso, por las alteraciones en la menstruación, por el acné o por la cefalea. Sólo una de las médicas generalistas mencionó que accede a realizar la intervención ante el pedido de la mujer sin importar la causa por la cual lo requiere. En los demás casos, anteponen el costo y la escasez del método al malestar manifiesto de las pacientes. La enunciación del deseo de quedar embarazadas y las infecciones en la zona del implante son los motivos que consideran legítimos para ceder. Ante el spotting, la administración de anticonceptivos hormonales orales suele ser una forma de evitar que abandone el MAC:

Tienen spotting, que es un sangrado amarronado, e incómodo. Entonces ahí tenemos métodos para frenar ese sangrado, como son anticonceptivos, a veces se da anticonceptivos orales por tres meses. Y sino se frena hay que sacarlo. Uno intenta hacer todo. (R. Médica ginecóloga. Consultorio de Salud Integral en la Adolescencia).

Pasa que por ahí hace un año y medio que lo tienen y tienen deseo de ser madre, y bueno, se lo saco, no te voy a estar diciendo no, esperá un año y medio. Si querés ser madre ahora, tomá, sácalo. Eh, pero si por ahí vienen con dolores de cabeza, trato de darles tratamiento para el dolor de cabeza a ver si con eso podemos palear el efecto, y si vienen con hemorragias también, tratamos como tratar la hemorragia y seguir teniendo el implante e ir viendo cómo evoluciona. (L. Médica generalista. CAPS).

Los anticonceptivos orales producen falsas reglas que (re)crean la supuesta naturaleza de las mujeres. Los implantes, en cambio, no logran inscribir esa regularidad en los cuerpos. Es la acción de las/os médicos la que se ocupa de introducir ese equilibrio, y tranquilidad a quienes lo demandan.

331

Las dilaciones para quitar los implantes fueron referidas por algunos/as de nuestros/as entrevistado/as que intentan resolver estas situaciones de manera inmediata, garantizando el derecho a abandonar el MAC:

Me pasó con una chica [menciona el centro de salud] que hacía un año y medio que lo tenía colocado y hacía medio año que daba vueltas para que se lo saquen, que no se lo querían sacar, porque ella decía que menstruaba todos los días. (...) Le decían que era muy caro y que le duraba tres años, que como se lo iban a sacar. (C. Médica generalista. CAPS).

Van al lugar donde se los pusieron y dicen que me lo quiero sacar y ahí empiezan las vueltas, no? Puede pasar que te digan no, tenés que ir a tu centro de salud, vas al hospital y te dicen no, tenés que ir a tu centro de salud que ahí te lo sacan que es lo que suelen decir. Puede pasar que vayas y te digan ¿por qué te lo querés sacar? Pero no, te quedan dos años, que esto vale caro, que lo tendrías que hacer pensado bien, que bla bla bla. Puede ser que te digan: mirá, yo no tengo idea de

cómo se saca, o yo no te lo puse, yo no te lo puedo sacar. (F. Médico residente generalista. CAPS).

Las/os profesionales entrevistadas/os alegaron que es fundamental informar sobre los efectos del implante para asegurar la adherencia, pero al mismo tiempo suelen responsabilizar a las usuarias de no soportar esos malestares. Las cefaleas, el acné o el aumento de peso no son considerados motivos suficientes para abandonar el método, y a veces plantean dudas sobre la relación entre estos y la hormona de Implanon. Sin embargo, en los relatos de las encuestadas los discursos sobre la agencia de las hormonas se somatizan. Ante la pregunta sobre las causas por las cuales pidieron extraerse el implante la mayoría refirió a los cambios de peso y hormonales. Por ejemplo, algunas afirmaron que el implante les generaba cambios hormonales, dolor de cabeza, dolor abdominal, disminución de peso, baja en la libido, muchos días de menstruación, cambios de humor o emocionales. Las malformaciones y los quistes en los ovarios fueron mencionados por cuatro usuarias.

332

Además de las barreras impuestas por los profesionales, median las acciones de las usuarias. Los efectos adversos no siempre son leídos por ellas como un motivo para suspender el método. El 96,4% de nuestras encuestadas tuvo alteraciones en su menstruación, pero el 54,4% de ellas manifestó que la afectaron. Entre estas, el 75,5% acudió a un/a médico/a o ginecóloga. El 24,2% no realizó ninguna consulta porque conocía lo que podía sucederle, o porque no tenía cobertura médica. Muy pocas intentaron obtener ayuda en internet, con una amiga o con una mujer de su familia.

La elección del método también está mediada por las condiciones económicas. Algunas de nuestras encuestadas, narraron que se colocaron el implante porque no había turnos disponibles para realizarse una ligadura tubaria en un hospital estatal, o porque no tenían cobertura médica. En la adherencia también es una variable a tener en cuenta porque muchas usuarias no pueden afrontar el costo monetario de quitarse el Implanon en el sistema de salud privado, durante la

pandemia de COVID19 han surgido espacios en los que realizan la intervención por \$1200 (U\$S 10). La adherencia entonces, en muchos casos, se convierte en obligatoria.

Discusión

Los implantes subdérmicos son anticonceptivos de larga duración cuyo desarrollo se inició en los laboratorios del Population Council, una organización privada focalizada en la investigación internacional sobre temas de salud y población financiada por la Fundación Rockefeller. Fueron concebidos en los momentos previos a que los efectos adversos de la píldora y el DIU adquirieran estado público, y antes de que el movimiento por la salud de las mujeres se conformara como tal. Los científicos, organizaciones y empresas farmacéuticas pensaron en ellos como una solución contraceptiva que combinaba las mejores cualidades de la pastilla (su control hormonal) y del DIU (la protección a largo plazo), y que estaría destinado a las mujeres que no podían sostener o recordar la ingesta diaria (Siegel Watkins, 2010). Las usuarias de este método serían jóvenes de los sectores populares, sobre todo de los países del tercer mundo (Dorlin, 2006).

333

En Estados Unidos, a fines de la década de 1980, la FDA autorizó el uso de implantes anticonceptivos. Sin embargo, el Population Council no tenía intención de convertirlo en un producto de consumo en ese país, sino que pretendía obtener legalidad para incluirlo en los programas de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Departamento de Estado. La National Women's Health Network aprobó su difusión porque lo leyeron como un método más favorable que las inyecciones, porque era reversible y tenía un contenido más bajo de hormonas. Sin embargo, poco tiempo después se inició una controversia en torno de sus efectos adversos que se cerró cuando la compañía farmacéutica Wyeth-Ayerst retiró a Norplant del mercado. 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 (Siegel Watkins, 2010).

En los años siguientes, se han construido otros implantes subdérmicos con diferentes fórmulas hormonales y diseño que se comercializan en casi todos los países. Sin embargo, su recepción y adherencia ha sido diferenciada. La Organización Mundial de la Salud, en un informe de 1998, advirtió que, luego de los dos años de su colocación, el 90.6% de quienes usaron Implanon y el 91.4% de las que utilizaron Norplant continuaban con el método en los países subdesarrollados. En cambio, el 55.4% de las mujeres que utilizaron Implanon y el 47.5% de aquellas que utilizaron Norplant en países desarrollados lo mantuvieron (World Health Organization, 1998). En Argentina, se ha realizado un estudio que evaluó la adherencia al año de la colocación y estimó que esta era sostenida por el 87% de las usuarias (Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). En este país, no ha habido un debate público sobre los efectos de los implantes en el cuerpo de las mujeres ni se ha problematizado su implementación en adolescentes.

El informe sobre la distribución de los implantes anticonceptivos emitido por la Secretaría de Gobierno de Salud en 2018, les inscribe un guion que los sitúa como un método moderno que ha sido utilizado en Estados Unidos y en los países desarrollados, sin mencionar que fueron destinados a una población focalizada (Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018). La gráfica que los promociona desde el Programa Nacional de Educación Sexual Integral y el Plan ENIA no menciona los posibles malestares que ocasionan y los presenta como un MAC elegible con autonomía por parte de las adolescentes. La opinión de las madres de las usuarias es deslegitimada frente a la voz experta del médico que los recomienda. El derecho a la información, que garantiza el plexo normativo en el que se enmarca la política, es tensionado cuando el Instituto Nacional de Juventud - en “Hablemos de todo” - dice que no es cierto que tenga efectos adversos. El guion de género que intentan imprimir las políticas de población sobre Implanon, en Argentina, supone que las decisiones sobre la salud reproductiva son individuales, y que el cuerpo de las mujeres puede soportar cefaleas, alteraciones del ciclo menstrual, variaciones en el peso, acné, dolores

abdominales y mastalgias. El significado de los implantes no queda fijado en el proceso de desarrollo de los implantes, en la implementación y uso de estas tecnologías por parte de las agencias gubernamentales puede ser disputado y reorientado.

La composición hormonal de los implantes interacciona con la química corporal de las usuarias y generan efectos no claramente previsibles que cuestionan la eficacia del MAC basada en su adherencia. Algunos de ellos son leídos por inaceptables por las usuarias y buscan interrumpir el uso de Implanon. El spotting (sangrado diario) y la amenorrea suelen ser motivos de preocupación. A diferencia de los anticonceptivos hormonales orales, los implantes no generan falsas reglas (Barberousse, 2014; Dorlin, 2006; Oudshoorn, 1998; Preciado, 2014; Siegel Watkins, 2012). La píldora (re)produce un cuerpo menstruante, regular, que se ha estabilizado en una noción del cuerpo de las mujeres como naturalmente cíclico. Este fue uno de los requisitos para que pudiera ser aprobada y aceptada. Los anticonceptivos hormonales de larga duración – como las inyecciones y los implantes – no logran este efecto. Sin embargo, su uso fue autorizado. Teniendo en cuenta esto, Elsa Dorlin (2006) afirma que habría que leer las normativas de la feminidad en relación con el género, la clase y la raza. Desde las políticas de población dirigidas hacia las mujeres pobres, el mantenimiento químico de los signos exteriores de la feminidad (por ejemplo, las reglas) fue interpretado como menos importante que la eficacia de la regulación de los nacimientos. En nuestro estudio en la ciudad de Mar del Plata, notamos que estas lecturas median en las prácticas de las profesionales de la salud que recomiendan implantes sólo en el sistema público porque entienden que para las adolescentes pobres ciertos malestares corporales son menos nocivos que un embarazo.

En la configuración de las barreras que encuentran las usuarias para acceder a la interrupción del método confluyen las lecturas de los/as profesionales de la salud respecto del costo monetario de los implantes y la necesidad de cuidar ese recurso con los discursos de los cuerpos de las mujeres como sufrientes. En las prácticas clínicas, las experiencias de quienes portan esos cuerpos suelen ser ignoradas, más

aun si pertenecen a personas racializadas, o marginadas (Hedva, 2016; Paz & Ramírez, 2019; Pérez, 2019; Ross, 2017). El dolor de las mujeres y los varones es tratado de manera diferente en las salas de emergencias y en los centros de salud (Pantelides & Gaudio, 2009; Ruiz Cantero, 2008; Tajer et al., 2019). La ponderación de ellas como seres preparados para soportar el sufrimiento y los malestares asociados a la menstruación, o el parto, se traduce en algunas circunstancias en la imposibilidad de acceder a la atención o en la exposición a riesgos evitables (Women's Health Initiative Steering Committee, 2002, 2004). Los estudios de género han dado cuenta de cómo los síntomas padecidos por las mujeres no reciben la misma atención por la mirada médica que los reseñados por los pacientes varones (Almeida et al., 2020; Caceres et al., 2003; Doyal, 1995; Ehrenreich & English, 2010; Hedva, 2016; Neto et al., 2020; Ruiz Cantero, 2008; Tajer et al., 2019). La persistencia de ciertas ideas sobre el cuerpo femenino como cíclico, inestable y con mayor resistencia al dolor (Jordanova, 1993; Martin, 1989; Nari, 2004; Oudshoorn, 2003; Rohden, 2008) también condiciona las experiencias de las mujeres. Esto se traduce, además, en las acciones de las usuarias que naturalizan los efectos de los implantes e ignoran los síntomas, o deciden soportarlos.

Los implantes anticonceptivos, en Argentina, no son solo tecnologías adecuadas y eficaces para erradicar el embarazo en la adolescencia porque aseguran una alta adherencia. Su inserción en el marco de políticas que reivindican derechos y con abordajes integrales de la salud sexual y reproductiva tensionan ese script de la fase de desarrollo o diseño inicial. Sin embargo, este se materializa en las prácticas de los/as profesionales de la salud que los convierten en tecnologías que disciplinan sexualidades leídas como riesgosas y se entran en la reproducción de nociones hegemónicas del cuerpo de las mujeres.

¿Cómo se cita este artículo?

RUSTOYBURU, C. (2020). 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, 318-340. Recuperado de: [link]

Referencias bibliográficas

Akrich, M. (2013). La description des objets techniques. En M. Callon & B. Latour (Eds.), *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs* (pp. 159-178). Paris: Presses des Mines. Recuperado de <http://books.openedition.org/pressesmines/1197>

Almeida, É. S., Souzas, R., y Dos-Santos, E. M. (2020). "Afectados por el tacto": sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colectiva*, 16, e2176-e2176. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176>

Angarita, C. A. (2017). *Composición, mecanismo de acción y efectos adversos de los implantes subdérmicos usados como método anticonceptivo: Una revisión de la literatura*. [Trabajo de grado para optar por el título de Enfermera]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia.

Barberousse, T. C. (2014). Tecnologías contraceptivas y feminidad: La pastilla como un script de género. *Revista Reflexiones*, 93(2). Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/17877>

Bijker, W. E., Hughes, T. P., & Pinch, T. J. (Eds.). (1987). *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge: MIT Press.

Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M. y Vallenás, S. (2003). *La salud como derecho ciudadano: Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dorlin, E. (2006). Pour une épistémologie historique du sexe. *Araben*, 3, 8-19.

Doyal, L. (1995). *What Makes Women Sick. Gender and the political economy of health*. Basingstoke: Macmillan Press. Recuperado de

<https://www.macmillanihe.com/page/detail/What-Makes-Women-Sick/?K=9780333542057>

Ehrenreich, B. y English, D. (2010). *Por tu propio bien.: 150 años de consejos expertos a las mujeres*. Madrid: Capitán Swing Libros.

Hedva, J. (2016). Sick Woman Theory. *Mask Magazine*. Recuperado de <http://www.maskmagazine.com/not-again/struggle/sick-woman-theory>

Instituto Nacional de Juventud (s.f.) Hablemos de métodos anticonceptivos. Hablemos de todo. Recuperado de <http://www.hablemosdetodo.gob.ar/metodos-anticonceptivos/#1520883036361-7a84abbe-cb5f>, consultado el 19/03/2020.

Jordanova, L. J. (1993). *Sexual Visions: Images of Gender in Science and Medicine Between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Madison: University of Wisconsin Press.

Martin, E. (1989). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Milton Keynes: Open University Press.

Martínez, M., Racciatti, L., Carceller, L., Ugarte, E., Oberman, M., Cubilla, L., Gazzoni, C., Valente, E., y Vismara, J. (2015). *Primera evaluación del uso del implante hormonal subdérmico en el sector público hospitalario de Mar del Plata*. Manuscrito inédito.

Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. (2019). *Plan Nacional de Prevención y Reducción del Embarazo no Intencional en la Adolescencia: 2017-2019*. Buenos Aires: Autor

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. (2015). *Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*.

Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Neto, F. T. de P., Sandreschi, P. F., Dias, M. S. de A., y Loch, M. R. (2020). Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. *Salud Colectiva*, 16, e2250-e2250. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>

Oudshoorn, N. (1998). Hormones, technique et corps. *L'archéologie des hormones*

sexuelles (1923-1940). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53(4-5), 775-793. Recuperado de <https://doi.org/10.3406/ahess.1998.279697>

Oudshoorn, N. (2003). *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*. London: Routledge.

Oudshoorn, N., & Pinch, T. (2003). *How Users Matter The Co-Construction of Users and Technology*. Cambridge: MIT Press.

Pantelides, E. A., & Gaudio, M. (2009). Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Salud Colectiva*, 5(2), 195-209. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2009.260>

Paz, C., y Ramírez, C. (2019). Riesgo(s) en disputa: El poder de definir el futuro deseable. En Fundación Soberanía Sanitaria (Ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 89-100). Buenos Aires: Tinta Limón.

Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Fundación Soberanía Sanitaria (Ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. (pp. 31-48). Buenos Aires: Tinta Limón.

Preciado, P. B. (2014). *Testo yonqui*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <https://www.planetadelibros.com.ar/libro-testo-yonqui/164835>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2017). *Introducción y reintroducción de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres usuarias del sistema público de salud con especial énfasis en la población adolescente. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva*. Buenos Aires: Autor

Rohden, F. (2008). O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, 15, 133-152.

Ross, L. J. (2017). Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls*, 19(3), 286-314. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>

Ruiz Cantero, T. (2008). La perspectiva de género aplicada a la investigación y la asistencia sanitaria. En C. Miqueo, M. J. Barral Morán, y C. Magallón Portolés (Eds.), *Estudios Iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud. GENCIBER* (pp. 653-664).

Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (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*. Buenos Aires: Autor.

Siegel Watkins, E. (2010). From Breakthrough to Bust: The Brief Life of Norplant, the Contraceptive Implant. *Journal of Women's History*, 22(3), 88-111. Recuperado de <https://doi.org/10.1353/jowh.2010.0585>

Siegel Watkins, E. (2012). How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960. *American Journal of Public Health*, 102(8), 1462-1472. Recuperado de <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300706>

Tajer, D. J., Reid, G. B., Cuadra, M. E., Solís, M., Romeral, J. F., Saavedra, L. D., Lavarello, M. L., y Fabbio, R. P. (2019). Varones adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires: Barreras de género en la prevención y atención de la salud. *Salud Colectiva*, 15, e2256-e2256. Recuperado de <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2256>

Women's Health Initiative Steering Committee. (2002). Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288(3), 321-333. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321>

Women's Health Initiative Steering Committee. (2004). Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: The Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 291, 1701-1712.

World Health Organization. (1998). *Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy*. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001326>