

"...Es el cierre de su etapa reproductiva"

Etnografía de la política pública a la anticoncepción quirúrgica femenina en la ciudad de Buenos Aires

Autor:

Río Fortuna, Cynthia A. del

Tutor:

Grimberg, Mabel Adriana

2010

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado

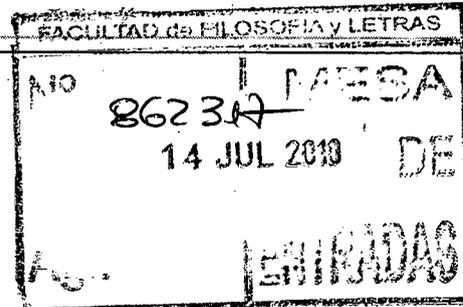
Tesis
14-5-19

Tesis 14-5-19



Universidad de Buenos Aires

Facultad de Filosofía y Letras



Tesis de Doctorado en Antropología

"...ES EL CIERRE DE SU ETAPA REPRODUCTIVA"

**ETNOGRAFÍA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN
QUIRÚRGICA FEMENINA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Doctoranda: Cynthia A. del Río Fortuna

Expediente: 818.995

Directora de Tesis y Consejera de Estudios: Dra. Mabel Grimberg

Co-Directora de Tesis: Dra. Mónica Tarducci

Julio 2010

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin tantas personas maravillosas que, en distintas circunstancias y de diferentes modos, me acompañaron.

Debo agradecer a Mabi Grimberg, por su dirección enérgica y aguda. Y a Moni Tarducci, por su confianza y solidaridad.

A los y las "cumpas" del equipo, con quienes compartí lecturas, discusiones, cervezas, experiencias de campo y de vida. Y especialmente a Guada García, Ceci Espinosa, Juanjo Grégoric, Paula Isacovich y Virginia Manzano, colegas a quienes debo lecturas atentas y comentarios enriquecedores.

A mis colegas de cátedra, por bancarme y alentarme, licencia mediante, a concluir esta etapa.

A Vivian Berwald, imprescindible en la tarea de desentrañarme.

A Silvia Fernández y Alicia de Santos, por la dedicación que pusieron en la edición del texto.

A amigas y amigos, con quienes celebré, lloré, bailé, reí, viajé... que estuvieron a mi lado, y me quisieron así como estaba, así como soy. Por eso me siento afortunada. A Lucie, Lula, Miri, Fede y Tato, que estuvieron especialmente cerca en este recorrido. Y a Eli por la accidental convivencia en el tramo final. No puedo imaginar cómo habría sido sin el apoyo de todos ellos/as.

A mi familia, especialmente a mamá y papá, incondicionales como siempre. Y como nunca.

Y a Gera. Él sabe por qué.

ÍNDICE

Introducción	4
Sexualidad, saber y poder: el problema de la población.....	11
Antropología del Estado y las políticas: acerca del gobierno de las poblaciones.....	13
Políticas y normalización de la sexualidad	16
Normalización y medicalización: la vigilancia del cuerpo y la construcción de sujetos	18
Revisando los estudios sobre la práctica de la ligadura tubaria	20
Retomando el problema en términos conceptuales	26
Capítulo I.....	33
Estrategias para una etnografía de la política desde un servicio de salud.....	33
Capítulo II.....	56
La construcción de la ligadura tubaria como problema político y de política estatal	56
De la herencia eugenésica, pronatalista/maternalista y católica a los “derechos sexuales y reproductivos”	56
De la prohibición y la mediación judicial a la búsqueda de consenso y la reglamentación	64
Acerca de la convocatoria: fundamentos y especialistas.....	65
Perspectivas, propuestas, encuentros y disensos.....	69
Acerca del contenido (y las omisiones) de la regulación	76
Prácticas persistentes, propuestas insistentes	78

Capítulo III	86
Un recorrido por las prácticas antecedentes en el servicio.....	86
El servicio de obstetricia: la construcción de un “referente”	86
El servicio antes de ser “amigable”	88
Otros vientos soplan.....	91
La resolución 874/03.....	97
Un protocolo llamado “semáforo”	101
La ligadura tubaria en otros servicios	109
Las acciones de la Defensoría del Pueblo	113
Capítulo IV	119
El servicio y la práctica hoy.....	119
El servicio de obstetricia.....	119
La práctica de ligadura tubaria: consideraciones técnicas y administrativas	124
El consultorio de “consejería para ligadura”	127
Reconocimiento y tensiones.....	136
Intervenciones del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la Defensoría	143
Capítulo V.....	152
La ligadura tubaria en distintos escenarios	152
La “consejería en anticoncepción” y (eventualmente) la “consejería para ligadura” ...	152
Información sobre la ligadura: qué se dice y qué se calla	161

La ligadura en espacios “privados” de atención médica	169
Sexualidad, anticoncepción y responsabilidad.....	173
Capítulo VI.....	179
Rutinas profesionales, dispositivos y tensiones: sentidos acerca de la técnica en relación con la persona	179
La definición biomédica de la “conveniencia” y los “factores de arrepentimiento”	180
Acerca de la indagación y la información, o de cómo opera el semáforo.....	184
Las tensiones.....	192
El “caso” de las jóvenes.....	192
El lugar de la pareja en el acceso a la práctica	198
La ligadura tubaria como “indicación terapéutica”: su tratamiento en situación de “urgencia médica”	200
Conclusiones	208
Referencias Bibliográficas.....	217

INTRODUCCIÓN

I

La ligadura tubaria bilateral, o ligadura de las trompas de Falopio, es una intervención quirúrgica con efectos anticonceptivos permanentes o esterilizantes¹ que impide la fertilización por medios naturales a través de la obstrucción y/o sección de las trompas. De acuerdo con la técnica empleada, la mujer podría lograr embarazarse nuevamente recurriendo a intervenciones de cierta complejidad (microcirugías de repermeabilización de las trompas o técnicas de fertilización asistida). Algunas veces, esto ocurre de manera espontánea (movilización de los clips, soltura de puntos, repermeabilización espontánea de las trompas).

El acceso a la ligadura tubaria en los servicios sanitarios públicos de la Argentina, históricamente ha generado controversias debido a la pérdida prácticamente irreversible² de la capacidad reproductiva que resulta y, en virtud de ello, por las normas que la regulan.³ El esquema legal vigente hasta no hace mucho, o mejor, su interpretación dominante, entendía que éste protegía la capacidad reproductiva de las mujeres aun cuando ellas mismas no la quisieran para sí. Así, la práctica de ligadura tubaria quedaba definida en términos generales como *ilegal* sin más. Era provista en la clandestinidad a quienes contaran con los recursos económicos necesarios para costearla. Caso contrario, frente a las resistencias a realizarla por parte de los/as profesionales en los servicios públicos de salud, algunas mujeres recurrieron a otras agencias, como organismos de control y defensa o judiciales.

A lo largo de los últimos años, los "derechos reproductivos y sexuales", reivindicación planteada por el movimiento de mujeres/feminismos, fueron progresivamente reconocidos como derechos humanos y consagrados en normas tanto nacionales como

¹ La denominación es objeto de debate y es analizada en esta tesis. Entre tanto, me inclino por la primera de ellas, coherente con la perspectiva política adoptada y el problema que analizo.

² De no mediar nuevas intervenciones o tratamientos como los recién mencionados.

³ Ley nacional 17.132/67 de ejercicio de la medicina, y Código Penal.

locales. Entre ellos, la potestad para decidir acerca de la propia reproducción constituye un aspecto central (Corrêa y Petchesky, 2001; Jelin, 2000; Corrêa, 1997; Cook, 1994). No obstante, pese a su reconocimiento, y la cada vez menos frecuente judicialización de los pedidos de ligadura, la realización de esta intervención continúa siendo materia de discusión, preocupación, demandas, resistencias, y tratamiento conflictivo. El acceso a esta práctica evidencia, entonces, las tensiones, los límites y las posibilidades que conlleva el proceso de construcción social de una política pública que en términos explícitos se propone como de "reconocimiento de derechos" vinculados a la experiencia de la (hetero)sexualidad y la reproducción.⁴

A diferencia de lo que sucede en Brasil, por ejemplo, donde llegó a ser el método anticonceptivo más empleado por las mujeres en pareja (40% de ese universo), en la Argentina, su prevalencia es muy inferior. En la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, realizada en 2005-2006 por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud de la Nación) entre mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años) e iniciadas sexualmente, se registraba un 8% de mujeres con ligadura tubaria, lo que representa el cuarto lugar entre los métodos anticonceptivos empleados.⁵

En el reconocido servicio "de referencia" para esta práctica en la ciudad de Buenos Aires, en el que realicé el trabajo de campo, el porcentaje de ligaduras realizadas en los años 2005 y 2006 representaba el 4% y el 5% del total de nacimientos en esos años, respectivamente. Según una ponencia del equipo de profesionales de ese servicio,⁶ se

⁴ Gran parte de intelectuales y feministas locales plantean el reconocimiento formal de los derechos reproductivos y los derechos sexuales como acceso a la ciudadanía por parte de las mujeres, o sea, a una cuestión de justicia social (Gutiérrez, 2004; Faur y Lamas, 2003; Ciriza, 2002; Maffia, 2001; Jelin, 2000; Zurutuza, 1999).

⁵ Los métodos más usados eran: condón (42%); píldora (25%) y DIU (11%). La prevalencia regional más baja se daba en la ciudad de Buenos Aires. Las más altas se observaban en el NEA y el NOA, donde la ligadura tubaria se ubicaba en tercero y segundo lugar, respectivamente, en relación con los otros métodos anticonceptivos (regiones que tienen los mayores porcentajes de mujeres con 4 o más hijos, y mayor número promedio de hijos por mujer). Presentación realizada en la VI Jornada Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, realizada en la ciudad de Buenos Aires el 6 de septiembre de 2007.

⁶ Ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, agosto de 2007.

habían realizado en esos años un total de 182 ligaduras tubarias mediante la aplicación de una guía *“que permite al equipo de salud verificar la disposición de la usuaria sobre el procedimiento”*. Pese a que en el año 2006 se concentran las tres cuartas partes de total de estas prácticas, el trabajo hace notar, que ésta no varió desde la sanción de la ley nacional 26.130, en agosto de 2006.⁷ Para que el porcentaje de ligaduras realizadas entre un año y otro se incremente apenas un 25% (a pesar de triplicar el número absoluto de intervenciones realizadas), es de suponer que la cantidad de partos también experimentó un aumento similar. No obstante, ese trabajo arriesga la hipótesis de que el incremento de prácticas provistas *“sería atribuible a la información entre las propias usuarias y la referencia de ONGs entre las que se difundió la metodología implementada”*. También, la jefa del servicio, que realizó la presentación, advirtió que el *“perfil reproductivo”* de las mujeres operadas no había variado. La tendencia persistente, tanto en lo que refiere al porcentaje en relación con el total de nacimientos, como al perfil de las mujeres que se ligaron, obliga a considerar en el análisis los sentidos y las prácticas desde los que se organiza la administración de la ligadura tubaria.

Por tratarse de una intervención quirúrgica de cierta complejidad, el acceso a ella se dirime en el espacio asistencial de la salud, jurisdicción de la biomedicina, aunque en su regulación participen otros actores sociales. Al mismo tiempo, esta práctica instala la posibilidad de la experiencia de la heterosexualidad no reproductiva de manera eficiente sin requerir la adopción de otras medidas en la vida cotidiana de las mujeres.

Me propongo, entonces, abordar la regulación del acceso a esta técnica como un dispositivo de gestión de la sexualidad femenina, que implica problematizar, definir y resignificar los cuerpos y la experiencia de la sexualidad reproductiva y no reproductiva de las mujeres. En términos más generales, como dispositivo de un proceso más amplio de regulación y control de las poblaciones.

⁷ Esta ley regula las intervenciones de anticoncepción quirúrgica, es decir, atañe también a la práctica, para los varones, de la vasectomía o ligadura de conductos deferentes. Desde entonces, el acceso a estas prácticas fue establecido como un derecho de las personas capaces y mayores de edad, previamente informadas y dejando por escrito su consentimiento.

Este problema se inscribe en un recorrido personal de investigación. En mi tesis de licenciatura me interesé por articular la experiencia de la sexualidad y la reproducción desde una perspectiva política, encarada desde los aportes teóricos de la antropología médica y la problemática del género en perspectiva feminista. Indagué ese cruce a través del análisis de las trayectorias reproductivas y anticonceptivas de mujeres pobres residentes del sur de la ciudad de Buenos Aires que acudían a un centro público de salud (del Río Fortuna, 2003). En esta investigación, utilicé los aportes de Eduardo Menéndez sobre el “proceso salud-enfermedad-atención” (Menéndez, 1990) para revelar ciertas formas de articulación de saberes y prácticas entre las mujeres en relación de subalternidad. Luego, a partir de mi inserción profesional,⁸ participé en diversas investigaciones sociosanitarias sobre temas de la salud reproductiva: mortalidad materna, prevención y tratamiento del cáncer cervical, atención hospitalaria del aborto incompleto, embarazo y maternidad en la adolescencia, e implementación de la ley de salud reproductiva de la ciudad de Buenos Aires. Esta última investigación, que surgió por iniciativa de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, mostró un aumento sostenido de reclamos o denuncias por diversas cuestiones que se categorizaban como problemas de “salud reproductiva”. Para el período analizado (1998-2002) la mitad de los expedientes relativos a estos reclamos obedecía a solicitudes de autorización para la realización de ligadura tubaria por parte de mujeres o sus parejas, que también se incrementaban anualmente en ese período. El carácter controvertido de esta intervención, también se manifestaba en las opiniones de los/as profesionales de la salud entrevistados en el marco de ese estudio (Ramos *et al.*, 2004).

Si bien el propósito original de mi proyecto de investigación doctoral⁹ era analizar el proceso de construcción social de la política pública de la ciudad de Buenos Aires que buscaba el “reconocimiento” de “derechos sexuales y reproductivos”, la complejidad del tema exigía un abordaje en profundidad, que me obligó a acotar la atención. En este sentido, el “caso” de la ligadura tubaria resultaba paradigmático de las tensiones que el

⁸ Me refiero a mi incorporación al Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES como investigadora asistente del Área Salud, Economía y Sociedad.

⁹ La investigación contó con el apoyo de una beca doctoral del CONICET, de marzo de 2005 a marzo de 2010.

“reconocimiento” de esos derechos movilizan, a partir de la diversidad de sentidos, alternativas, resistencias y reivindicaciones planteadas por los actores sociales vinculados a esta cuestión. A su vez, como se verá, en el país el problema había sido escasamente trabajado por la antropología y las ciencias sociales en general.

Una serie de interrogantes orientaron la formulación del problema: ¿Qué sentidos tienen los “derechos reproductivos” y los “derechos sexuales” formalmente reconocidos? ¿Qué status adquiere la práctica de la ligadura tubaria en este marco? ¿En qué términos pueden expresar las mujeres su intención de ligarse las trompas, y efectivamente acceder a esta práctica? ¿Qué otros actores y con cuáles fundamentos intervienen en este proceso de demanda y decisión iniciado por las propias mujeres? En sus comienzos, la investigación se centró en el análisis de los sentidos y dispositivos presentes en los textos legales y normativos que explicitan reconocen aquellos derechos (del Río Fortuna, 2005; en prensa); expedientes generados a partir de la intervención de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y órganos judiciales, incluidas las resoluciones emitidas por estas agencias, y entrevistas a informantes clave vinculados a ellas (del Río Fortuna, 2007b). Mi tesis de maestría (del Río Fortuna, 2007a) es resultado de esta primera etapa de investigación, centrada en el período comprendido entre los años 2000 y 2005. En ella abordé antropológicamente el circuito que la tramitación de la ligadura implicó para las mujeres que recurrieron a instituciones más allá de los servicios sanitarios, en el contexto más amplio del “reconocimiento” progresivo de los “derechos sexuales y reproductivos”.

Esa investigación evidenció la operación de ciertas lógicas sobre el acceso a esta intervención en los hospitales públicos de la ciudad: la hegemonía biomédica en la definición del malestar; el predominio del padecimiento encarnado en el cuerpo como fundamento de derechos; la naturalización del desempeño de la maternidad (del Río Fortuna 2007a). Todo esto revelaba, en términos de Didier Fassin (2003), el despliegue de una “política de gobierno de la vida y de los cuerpos” de un modo particular, histórico y situado, que enfatiza la operación de relaciones de poder socialmente construidas.

En esta tesis retomo los materiales analizados en esa investigación¹⁰ y sus resultados, reelaborados a la luz de los interrogantes que de allí surgieron, y que implican la complejización del abordaje de esta temática desde la consideración –más difícil pero mucho más interesante– de las valoraciones, las expectativas, los temores y los deseos de los sujetos concretos. Me preguntaba entonces ¿qué implica la ligadura tubaria, desde el punto de vista de los y las profesionales, para ellos/as? Y según ellos/as ¿qué implica esta intervención para las mujeres que la realizan? ¿qué sentidos le asignan a esta práctica otros actores involucrados en su tratamiento (miembros de movimientos de mujeres/feminismos, de iglesias, entre otros)? ¿en qué casos y cuáles son los beneficios esperados que avalan la realización de esta práctica? ¿en qué circunstancias y por qué se aconseja evitarla? ¿cuáles son las dificultades o situaciones problematizadas por los actores y que atentan contra la práctica de esta intervención? ¿qué condiciones habilitan la realización de esta práctica? ¿y qué dimensiones o experiencias son habilitadas por ésta?

Al mismo tiempo, durante el proceso de investigación doctoral el problema del acceso a la ligadura tubaria se reveló como una cuestión de profunda vigencia, cuando fue modificada radicalmente su regulación formal,¹¹ en medio de un debate del que dieron cuenta los principales medios de comunicación. La posibilidad, a través de esta ley, de recurrir a la ligadura tubaria sin necesidad alguna de justificar médicamente esta opción anticonceptiva, despertaba, y aún lo hace, enfrentamientos, malestares y movilizaciones por parte de distintos actores sociales. Otras preguntas surgieron entonces a raíz de esos cambios jurídicos: ¿qué sentidos y prácticas moviliza esto? ¿nuevas? ¿viejas? ¿resignificadas? ¿cómo toman las nuevas condiciones los profesionales directamente

¹⁰ La naturaleza del material empírico analizado en esa oportunidad, y la necesidad de acotar el propósito de aquella investigación a las posibilidades de tiempo y financiamiento, implicó la problematización del acceso a esta práctica a ciertos casos: mujeres que solicitaron la realización de la ligadura de sus trompas en un servicio público de salud y que, con más o menos “conciencia de derechos”, pero siempre en “condiciones mentales” de elegir, manifestaron su decisión de ligarse las trompas a fin de no tener más hijos, dentro y fuera del ámbito sanitario, aunque con distinto éxito. Así, dejé relativamente de lado el problema de la “esterilización de incapaces”, de menores de edad, y la realización compulsiva de esta práctica. El análisis de los expedientes excluyó la situación de mujeres que desconocían la posibilidad de solicitar esta intervención, para las cuales no constituía una opción, así como aquellas situaciones en que las mujeres, aun conociendo esta posibilidad, no contaban con los recursos necesarios para lograr instancias de reclamo por fuera de las instituciones sanitarias. El abordaje etnográfico buscó superar esas limitaciones.

¹¹ A través de la ley nacional 26.130/06.

interpelados por las nuevas reglas? ¿qué modalidades organizan, desde entonces, el acceso efectivo a esta práctica? ¿qué otros actores y con qué prácticas y sentidos participan de esta política?

Estos interrogantes ameritaban la profundización teórica y empírica. Me dediqué entonces a estudiar la implementación concreta, cotidiana, en el nivel en que se dirime el acceso efectivo a la ligadura tubaria –un servicio público de salud– a fin de aproximarme interpretativamente a las prácticas y los sentidos que los/as actores involucrados en ella construyen, despliegan, impugnan, comparten, disputan.

II

El problema que abordo en esta tesis implica considerar un espacio particular del campo político donde se construye esta política sanitaria, que remite especialmente al ejercicio de la sexualidad (o sexualidades, como más recientemente se nomina) y la reproducción de la población. Ambas cuestiones han sido tratadas por la teoría social y política, e investigadas empíricamente por las ciencias sociales en general y la antropología en particular, entendidas como resultado de procesos socioculturales atravesados por relaciones de poder. Dada la diversidad de dimensiones que cruzan el problema de esta tesis, a continuación presento las principales líneas de trabajos que constituyen antecedentes del tema propuesto. A partir del abordaje político de la sexualidad vinculado al “problema de la población” como fue planteado por el filósofo francés Michel Foucault (1978), presento una serie de trabajos que lo continuaron, abocados a los siguientes ejes: los estudios etnográficos dedicados al análisis del despliegue de las políticas y atentos a las prácticas de los sujetos involucrados e interpelados por ellas; aquellos que se abocaron al estudio político de la sexualidad, y los que atendieron especialmente a los procesos de normalización de las poblaciones a través de la medicalización de la sexualidad y la reproducción. Luego reviso los trabajos acerca de la práctica de ligadura tubaria para exponer, a continuación, los aportes conceptuales que constituyen el marco teórico de elaboración de los datos etnográficos analizados en esta tesis.

Sexualidad, saber y poder: el problema de la población

Si bien los abordajes etnográficos de las prácticas sexuales de pueblos no occidentales tienen casi un siglo, los estudios sobre la sexualidad, desde una perspectiva constructivista, comenzaron a ganar terreno en la producción antropológica durante el último cuarto del siglo pasado (Nieto, 2003). La aparición del VIH/sida no hay duda de que impulsó estos estudios en los años noventa (Vance, 1996).

En este sentido, el primer volumen de *Historia de la sexualidad* de Michel Foucault (2002), publicado originalmente en 1976, puede considerarse fundacional de la tradición de análisis político de la sexualidad. En él se revela la constitución de la sexualidad, en el siglo XIX, como objeto central de disciplinamiento y control social, blanco de exhortaciones morales y religiosas, en los procesos de gestión económica y política de las poblaciones en los modernos Estados capitalistas. De hecho, según este autor, la sexualidad es objeto de una nueva lógica de poder que hizo su aparición entre los siglos XVII y XVIII, por exigencia de, y a medida que, tenía lugar el desarrollo del capitalismo en la sociedad occidental industrializada.

Previamente, conforme la ley, la expresión máxima del poder del soberano sobre su territorio se manifestaba en la capacidad de dar muerte. Los procesos económicos que se desarrollaron después, exigieron, por el contrario, administrar la vida, controlarla, en tanto que en ella radicaba la fuerza productiva. La explotación de ésta requería controlar la inserción masiva de los cuerpos de los trabajadores, y por eso la vida y sus fenómenos, natalidad, sexualidad, salud, mortalidad, se transformaron en objeto político. Así, surgió una nueva modalidad de ejercicio del poder: el *biopoder*, que demandó, por parte de los Estados, el despliegue de tecnologías políticas de la vida a través de dispositivos de ejercicio cotidiano, continuo. Este "gobierno de la vida", su administración y regulación, se realizaron a través de dos grandes técnicas: la *anatomopolítica* del cuerpo humano y la *biopolítica* de la población, que originalmente se desarrollaron por separado. La primera opera a través de las disciplinas, tendientes a la normalización de los cuerpos individuales, y la segunda, mediante procedimientos de intervención y controles reguladores. La articulación de estas dos

líneas en torno a lo que Foucault denominó el “dispositivo de la sexualidad” constituye una de las principales manifestaciones del biopoder. El control, la normalización e invasión de la vida que éste supone, se realiza a través de distintas estrategias de saber-poder. Cada una de estas estrategias articula, como se dijo, técnicas disciplinarias del cuerpo dirigidas a los individuos, y procedimientos de regulación que apuntan a la población: la histerización del cuerpo de las mujeres; la pedagogización del sexo del niño; la psiquiatrización de las perversiones, y la *socialización de las conductas procreadoras* (Foucault, 2002). En cuanto a esta última, en cuyo marco se ubica la política que analizo en esta tesis, Foucault advierte que se trata de una socialización que es al mismo tiempo política, a través de la responsabilización de las personas por la seguridad del cuerpo social; económica, porque existen estímulos o desalientos, y médica, porque involucra criterios técnico-morales de la medicina.

Así, el biopoder con su foco en la sexualidad y especialmente a través de esta última estrategia, remite a lo que, en un trabajo algo posterior, este autor planteó en términos de “el problema de la población” (Foucault, 1978), de su gobierno, o *gubernamentalidad*. El concepto se refiere a la aparición de la población como objeto o meta de gobierno y, a la vez, como instrumento mismo de este gobierno a partir de las transformaciones económicas y demográficas del siglo XVIII. La especificidad de la población –e irreductibilidad al modelo de gobierno de la familia– quedó evidenciada a través de la estadística, dedicada al estudio de los procesos que son propios de aquella (salud, fertilidad, educación, conducta moral, etc.). Este nuevo régimen de poder apunta entonces prioritariamente a la gestión de la población, pero no elimina sino que incorpora tanto el ejercicio de la soberanía sobre el territorio, como el despliegue de disciplinas, y la familia se vuelve instrumento de gobierno. Esta modalidad de poder se realiza a través del desarrollo de una serie de aparatos específicos de gobierno (institución judicial, médica, administrativa) y una serie de saberes que organizan mecanismos reguladores, vueltos aceptables por medio de la producción legislativo-jurídica. Y según el propio Foucault (2002), en el campo del derecho, las luchas políticas giran cada vez más alrededor de los “derechos” que contemplan aspectos vitales de la experiencia humana: derecho a la vida, al cuerpo, a la salud, etc.

La lógica del poder moderno, en el planteo de Foucault, implica la “gubernamentalización” del Estado: en la medida en que es a través de las técnicas de gobierno cómo se definen las

cuestiones objeto de lo que compete al Estado y las que escapan a él, lo público y lo privado, lo estatal y lo que no lo es, la gestión de la población se manifiesta como un proceso a la vez interior y exterior al Estado. Y de hecho, sostiene, el Estado, mediante el ejercicio de la gubernamentalidad, puede ser visto como una unidad de funcionalidad discreta, lo que, en rigor, es una “abstracción mitificada cuya importancia es mucho más reducida de lo que se cree” (Foucault, 1978: 16). De los trabajos antropológicos que comparten esta reconceptualización del Estado me ocupó en el próximo apartado.

Antropología del Estado y las políticas: acerca del gobierno de las poblaciones

Los planteos teóricos de Foucault fueron retomados en una serie de estudios antropológicos para abordar el estudio del Estado y las políticas.

En esta línea, Didier Fassin analizó el despliegue de políticas contemporáneas que implican la regulación administrativa y jurídica de las poblaciones a partir de la noción de *biolegitimidad* (2003, 2001). Ésta refiere a la vigencia de un orden moral en el cual el plano de lo biológico, representado por el *cuerpo sufriente*, constituye la fuente última de legitimidad.¹² Es decir, por sobre el reconocimiento de las relaciones sociales, políticas, económicas. Implica el despliegue de una racionalidad que, evidente en el peso que adquieren las categorías médicas, funda la legitimidad de esta práctica en el sufrimiento físico, en primer lugar, y psicológico, luego. A diferencia del *biopoder*, como poder *sobre* la vida, la *biolegitimidad* constituye el poder *de* la vida (Fassin, 2003). En este sentido, analiza los usos políticos del cuerpo entre los desocupados que solicitan subsidios y los extranjeros indocumentados que intentan su regularización en nombre de la razón humanitaria (Fassin, 2003). En otros términos, el orden contemporáneo se caracteriza por la combinación de lógicas burocráticas y tradicionalmente aplicadas a poblaciones indiferenciadas, con el despliegue de “políticas de compasión” ante el sufrimiento resaltado, consecuencia de la gestión del

¹² Fassin asocia el fundamento de este régimen contemporáneo de legitimidad a lo que Agamben (1997) denomina “vida desnuda”, que coincide con la *zoé*, por oposición a *bios* (vida social, política), en la distinción aristotélica.

Estado del “caso por caso” que permite el abordaje individualizado a las historias personales (Fassin y Memmi, 2004).

En este camino, Cris Shore y Susan Wright (1997) se abocaron al análisis de los cambios en los estilos y sistemas de gobierno de las poblaciones y regulación del orden interno propios de las racionalidades “neoliberales”. Siguiendo la formulación foucaultiana, resaltaron las políticas entendidas como instrumentos de poder, tácticas y normas, que implican la construcción de determinados sujetos. Se trata, entonces, de “tecnologías políticas” que operan en procesos de sujeción y subjetivación, constituyéndose en “técnicas del *self*”. El campo que definen como propio de la antropología de la política refiere al espacio social y político articulado por relaciones de poder y sistemas de gobierno que conectan actores, instituciones y discursos a través del tiempo y el espacio, vinculando así lo local, lo nacional y lo global.

Por su parte, Veena Das y Deborah Poole (2004), han propuesto el estudio de los “márgenes del Estado”. Sus trabajos etnográficos procuran distanciarse de la concepción del Estado como organización racionalizada y legible, cuyas prácticas políticas de regulación tenderían a relajarse o desaparecer –y con ello, a deshacer el Estado mismo– hacia los límites o espacios territoriales y sociales periféricos. A través de ellos muestran que las prácticas y políticas de la vida que allí tienen lugar dan forma a lo que se denomina “Estado”. De ahí que, según las autoras, la etnografía de los márgenes, entendidos como intersticios entre los cuerpos, la ley y la disciplina, revelaría las formas en que el biopoder, como dominio sobre la vida, constituye la actividad originaria del poder soberano.

Dedicados al estudio del Estado, Aradhana Sharma y Akhil Gupta (2006) lo entienden como artefacto cultural moldeado en el marco de dinámicas transnacionales, articulando de manera contradictoria instituciones, prácticas y personas en un contexto globalizado. Retoman la noción de gubernamentalidad para denunciar la reificación del Estado-nación como formación política tradicionalmente asociada al gobierno y la soberanía sobre un territorio, y que se representa a sí mismo como singular y coherente. En su lugar, proponen indagar las formas que permiten asumir “el Estado” como autoridad suprema y

coordinadora de otras formas de relaciones sociales, dando cuenta de la dispersión con que opera el poder y de cómo los sujetos lo experimentan. Para ello proponen, por un lado, explorar etnográficamente las prácticas cotidianas de las agencias del Estado, los procedimientos burocráticos. A través de estos actos banales, rutinarios y repetitivos el Estado reproduce su superioridad, a la vez que se producen y mantienen las desigualdades sociales (clase, género). Para los autores, su estudio permite aproximarse a la micropolítica del Estado, y problematizar la implementación de programas y políticas. Además del estudio de tales prácticas –aunque la distinción es analítica, debido a su mutua constitución– cabe investigar las representaciones, muchas veces contradictorias, que los sujetos y los agentes del Estado se forjan de él y a través de las cuales su poder se pone en acto.

En el contexto latinoamericano se destacan una serie de trabajos antropológicos en esta línea teórica. Entre ellos, Fabio Reis Mota (2005) aborda etnográficamente la política de reconocimiento de derechos¹³ en función de la consideración de la identidad de ciertos grupos. Su análisis revela la multiplicidad de voces con que se manifiesta el Estado, y las estrategias desplegadas por éste y otros agentes que participan del campo político donde se disputa la ciudadanía. Así muestra que, si bien la ciudadanía se construye discursivamente como universal, opera sobre todo como una concesión del Estado y sus agentes mediadores.

Guillaume Boccara (2007), por su parte, analiza el despliegue de una política intercultural en salud en Chile, dentro de lo que entiende como un *estado neoliberal diferencialista*, en tanto ejercicio de lo que denomina *etnogubernamentalidad*. Esta noción refiere al poder que se ejerce diferencialmente a través de la producción de grupos y subjetividades, diferenciados en el cuerpo social mediante ciertos criterios (étnicos en su caso de estudio, la comunidad mapuche) y desde los cuales se orienta su gestión.

¹³ El autor trabaja sobre casos etnográficos de grupos socialmente marginados involucrados en luchas por el reconocimiento del derecho a permanecer en las tierras que ocupaban: la población del Morro de Andorinhas (Niteroi, Río de Janeiro) y la Isla de la Marambaia (sur de Río de Janeiro).

En este sentido, Wedel *et al.* (2005) entienden que tal segmentación es característica de los modos como las políticas públicas operan: la población es clasificada, y especialmente ciertos conjuntos sociales son identificados y definidos como problemas para los cuales las políticas se presentan como su legítima solución y descalifican de este modo otras opciones. Así, dicen los autores, las políticas producen categorías de sujetos por ser gobernados, quienes confrontan, subvierten, manipulan o internalizan, como parte de su propia identidad, los tipos ideales establecidos por las políticas. De este modo, ellas tienden a la “normalización” de las acciones y conductas de la población.

Políticas y normalización de la sexualidad

Otros autores han continuado el trabajo iniciado por Foucault acerca del análisis de la sexualidad como materia de construcción social e intervención política.

Siguiendo la perspectiva constructivista, se considera la sexualidad modelada y construida socialmente a través de la asignación de significados culturales en contextos morales, mediante los cuales se definen sujetos y grupos sociales en un proceso que vincula subjetividad y sociedad, y que es atravesado por procesos de dominación y resistencias (Weeks, 2000; 1998). Como se adelantó, esta cuestión fue ampliamente abordada a partir de la emergencia del sida, y este mismo autor se dedicó a ello (Weeks, 1995).

También en esta línea, Gayle Rubin (1989) realizó un análisis político de la sexualidad a través de un abordaje descriptivo, sociohistórico y conceptual de su constitución y administración mediante ciertas disciplinas –la medicina, la psiquiatría y la psicología–, prácticas sociales, ideología popular y regulación legal en la historia reciente de algunos países del norte, principalmente Estados Unidos e Inglaterra. A través del análisis de la construcción de la homosexualidad como una de las expresiones sexuales históricamente demonizadas, la autora formula una radical impugnación al “esencialismo sexual”, que señala como uno de los supuestos de la cultura occidental sobre el sexo. Muestra que éste implica considerar la sexualidad como simple expresión de una fuerza natural, presocial e inmutable, concepción que es reproducida por las disciplinas mencionadas (Rubin, 1989).

De acuerdo con José Antonio Nieto (2003), estas características de la sexualidad humana también fueron asumidas en gran medida, aunque de una forma menos evidente, por la propia antropología. Según Carol Vance (1991) entre 1930 y 1970 los estudios seguían lo que ella denomina el "modelo del influjo cultural". La sexualidad era asumida en los términos planteados por el modelo biomédico: reducida a un impulso natural y marcada por el binarismo sexual. Subsumida así a la construcción biomédica de la sexualidad, según la autora, la perspectiva antropológica se limitaba a señalar la especificidad de las conductas sexuales de los grupos estudiados.

Por el contrario, entendida como socialmente construida, la sexualidad se revela objeto de una lucha política que implica disputar las definiciones de sentido y valoración social de las prácticas sexuales. En el curso de estas luchas, se ven afectadas las "fronteras" establecidas por el sistema sexual dominante, y las normas legales consagradas constituyen una suerte de "residuos" de esos avatares (Rubin, 1989). También Jeffrey Weeks plantea que "el equilibrio de las fuerzas políticas en un momento dado puede determinar el grado de control legislativo o la intervención moral en la vida sexual. El clima social general proporciona el contexto en que algunos asuntos adquieren más importancia que otros" (Weeks, 1998: 35). A su vez, este autor encuentra que el "discurso de los derechos" es la fuerza más poderosa en la esfera de la política y la ética, y en torno a la que se aglutina la mayoría de las luchas sobre sexualidad (Weeks, 1995).

En este sentido, en referencia a la noción de "derechos reproductivos", Alejandro Cervantes-Carson (2004) muestra que ésta es resultado de un proceso de demanda y negociación que, más allá de las tensiones y los debates alrededor de su definición, se cristaliza en normas escritas. Así, estas normas deben ser entendidas como el producto jurídico e histórico de un proceso social que involucra la relación y las disputas entre el Estado y la sociedad civil, relación que implica una tensión permanente en la resolución de las necesidades y perspectivas de ambos términos (Cervantes-Carson, 2004).

Algunos trabajos (Vianna, 2005; Valdés, 2003, entre otros) muestran los procesos de disputa de sentidos que, en torno de la sexualidad, se expresan en la producción del derecho, siendo este discurso un productor de desigualdades sociales, tanto simbólicas como materiales. Asimismo,

ponen en evidencia el peso superlativo que el saber biomédico ha tenido en la definición de la "normalidad" en lo que a la sexualidad y otros aspectos estratégicos de la vida cotidiana se refiere. Esta articulación es el objeto de análisis de la sección que sigue.

Normalización y medicalización: la vigilancia del cuerpo y la construcción de sujetos

Los aportes de Foucault fueron utilizados para el análisis de la construcción del saber biomédico, como una modalidad de poder experto y productivo, que opera procurando la normalización de los comportamientos de la población (Foucault, 2002).

Como diversos trabajos revelan la biomedicina ha desempeñado un rol fundamental en el control y disciplinamiento social, al participar en la construcción social de la "anormalidad" y disputar su definición, a la vez que la convertía en campo de su dominio. Este proceso de medicalización de la "anormalidad", con hegemonía de la biomedicina sobre otras agencias, ha sido pensada en términos de medicalización de la vida (Conrad y Schneider, 1985). En particular, una vasta bibliografía muestra que, a partir de los procesos de construcción social que definen las esferas de la sexualidad y la reproducción como aspectos de la vida vinculados a la salud, éstas quedan supeditadas a un creciente control ejercido por la medicina (Conrad, 1982; Conrad y Schneider, 1985; Grimberg, 1995; Narotzky, 1995; Szasz, 1998). Control que, si bien aparenta neutralidad a partir de un discurso científico y tecnológico, expresa encubiertamente los cánones morales de la sociedad (Conrad, 1982), informando desde allí las normas sociales y legales.

Siguiendo a Peter Conrad (1982), el proceso de medicalización implicó la profesionalización del saber médico, como muestra en su análisis de la "cruzada moral" iniciada por profesionales de la medicina en Estados Unidos en la segunda mitad del siglo XIX en pos de la criminalización del aborto. El *lobby* de estos profesionales tuvo como resultado la legitimación del saber médico a través de la monopolización y regulación de su práctica (limitando su ejercicio, antes disperso entre otros especialistas). Lograron, además, modificar las normas legales y sociales que regían sobre la interrupción del embarazo, una vez que fue establecida su ilicitud y condena en la opinión pública.

Este proceso de profesionalización del saber biomédico, según Ivonne Szasz (1998), medicalizó la sexualidad y la procreación, suponiendo para las mujeres, la separación e intervención médica de su cuerpo a partir de la "capacidad" de este saber –patente en la intervención técnico-aparatológica– de monitorear el proceso que desea controlar (enfermedad, fertilidad, embarazo, parto). Otra consecuencia del proceso de profesionalización de este saber, inicialmente monopolizado por los varones, implicó la pérdida progresiva de legitimidad de quienes hasta entonces, las mujeres (profanas), se ocupaban de esas cuestiones (Szasz, 1998).

Tal como Conrad (1982) señala la operatoria de este saber médico, promueve la construcción social de patologías psiquiátricas, que minimizan el carácter social del comportamiento humano e individualizan las dificultades humanas. Desde esta reducción se propone un tipo de intervención que clausura otras opciones o niveles de intervención. Así, la biomedicina, en continuidad con la tradición cartesiana, habilita una mirada sobre el cuerpo individualizado y aislado (Le Breton, 1995). Este legado en la epistemología occidental, el "cuerpo individual", en manos de la biomedicina (aunque también presente en la antropología médica) implica considerarlo en su materialidad, oponiéndolo al espíritu, la mente (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Como muestran estas autoras, los cuerpos permiten otras dimensiones de análisis, o son objeto de otros discursos: el "cuerpo social", cuando el cuerpo aparece como símbolo o fuente de metáforas para representar la relación entre naturaleza, sociedad y cultura; y el "cuerpo político" en su carácter de objeto de regulación, control y vigilancia en función de las necesidades sociopolíticas, mediante guiones sociales provistos por la cultura.

En esta perspectiva, Robert Crawford (1994) analizó cómo la salud se constituía en la sociedad americana en un valor demarcador de prácticas sociales e identidades. Este análisis revela a la "salud" como marcador simbólico que organiza la identidad de las capas medias de la sociedad desde el siglo XVIII, a la vez que configura sus límites y define la otredad. En su análisis de la política cultural de configuración del *self* en la era del sida, planteó que alrededor de la salud se alza una "cultura de la disciplina" –a la que desde el siglo XIX se incorpora la sexualidad– que da lugar a la constitución de un "yo saludable", biológica y metafóricamente opuesto al "otro-no-saludable". El primero

expresa autocontrol, autodisciplina, voluntad de poder, y responsabilidad. Estas nociones legitiman el control y la supervisión de “los otros”, definidos por atributos opuestos (y valor negativo), que ya se encontraban subordinados, marginados, estigmatizados. Los límites, siempre inseguros, son custodiados por “centinelas simbólicos”, entre ellos, los agentes de la medicina (Crawford, 1994). Bajo el paraguas de la salud, entonces, tienen lugar proyectos morales y disciplinarios orientados a la regulación de la sexualidad y el género, y la vigilancia de los límites de clase, etnicidad y raza, entre otros.

En el marco de estos aportes, investigadoras feministas como Rayna Rapp (2001), han analizado de qué modos, por su capacidad reproductiva, el cuerpo femenino se torna clave para el control de procesos y efectos en la población. Con énfasis en las iniquidades que se expresan en el cuerpo, la reproducción fue llevada al centro de atención de la antropología médica en los años setenta, aunque su análisis no se limitó sólo a esta especialidad disciplinar (Rapp, 2001). En esta línea, es clásico el trabajo de Emily Martin (1987) en el que, desde una perspectiva marxista, aborda la medicalización del cuerpo de las mujeres en Estados Unidos atendiendo a la configuración de clase que adquieren sus vidas reproductivas. Por su parte, Rapp planteó la noción de “reproducción estratificada” en su análisis de los usos de la tecnología genética aplicada a los estudios diagnósticos prenatales para detectar enanismo. Con esta noción mostró la participación de las tecnologías de la biomedicina en la definición de lo normal y lo anormal (mutuamente co-constitutivas) en aspectos vinculados a la reproducción: la personalidad (*personhood*), el género y el parentesco (Rapp, 2001). Retomo estos trabajos puesto que son fértiles para reflexionar acerca de las representaciones en torno a la práctica de ligadura tubaria y sus efectos, entre los sentidos que orientan las decisiones de los profesionales al respecto.

Revisando los estudios sobre la práctica de la ligadura tubaria

Por su relevancia, centro la revisión en los estudios producidos en Brasil, donde el 40% de las mujeres han realizado esta práctica, incluso antes de su legalización y regulación en el año 1997 (Bemfam, 1997).

Una serie de trabajos provenientes del campo de la salud pública problematizan el aumento de la realización de ligaduras tubarias registrado algunas décadas atrás, asociándolo al pago de honorarios profesionales y al incremento de las cesáreas. En estas intervenciones es cuando se realiza la mayor parte de las ligaduras. Trabajos ya clásicos como el de Carmen Barroso (1984) ofrecen una reflexión acerca de sus “determinantes sociales”. Entre ellos, identifica: la mercantilización de la regulación de la fecundidad con propaganda médica de la práctica como garantía de libertad sexual en beneficio de grupos económicos del sector salud; la posición de la mujer en una cultura patriarcal donde es responsable exclusiva de la anticoncepción y los hijos; dificultades de acceso a métodos reversibles con seguimiento médico e información distorsionada acerca de sus efectos. Todos estos factores contribuyen a hacer de la ligadura una opción tentadora (Barroso, 1984).

Así, varias autoras plantean críticamente la configuración de una “cultura de la esterilización femenina” (Berquó, 1993). Según Elizabeth Vieira y Nicholas Ford (2004), que el 70% de las mujeres ligadas entrevistadas en su estudio (n=289) haya reportado tener una pariente también ligada, expresa esa “cultura de la esterilización”. La “naturalización” de esta opción para las mujeres en Brasil, da lugar a la percepción del ciclo “menarca-concepción-gestación-parto-esterilización” (Citeli *et al.*, 1995), revelada en la frecuente expectativa de las mujeres de llevarla a cabo, una vez alcanzado el número de hijos deseados.

Por otra parte, además de estos y otros estudios sociodemográficos que dan cuenta de la prevalencia de esta práctica (Bemfam, 1997) existen trabajos que, a partir de estos datos y mediante asociaciones estadísticas analizan su impacto desde una perspectiva de salud pública. En este sentido, algunos de ellos abordan el perfil sociodemográfico de la población que accedió a la ligadura tubárica (Vieira *et al.*, 2005; 2002); otros comparan este “perfil” con el de la población que no accedió (Vieira y Souza, 2009); analizan el comportamiento sexual y reproductivo de ambos grupos (Villela y Barbosa, 1995); estudian el perfil de la demanda antes y después de la regulación legal de la anticoncepción quirúrgica (Carvalho *et al.*, 2007), e indagan sobre “arrepentimiento” entre las mujeres operadas (Ludemir *et al.*, 2009; Nervo *et al.*, 2000; Vieira, 1998).

Desde una perspectiva socioantropológica, los trabajos suelen combinar metodologías cuali cuantitativas. Así, fueron abordados los motivos y las decisiones en anticoncepción entre las mujeres que se ligaron. Marta Lucia de Oliveira Carvalho y Néia Schor (2005) encontraron que el rechazo de los métodos reversibles se basa en representaciones que los asocian a su baja eficacia, para lo cual recomiendan reforzar la capacitación de los profesionales de la salud para poder contemplar factores personales, socioeconómicos y culturales que orientan hacia la elección del método. Otros estudios (Barroso, 1984; Pirotta y Schor, 1999) concluyeron que la argumentación de las mujeres que solicitan esta intervención una vez alcanzado el número de hijos que deseaban, expresa la interiorización de la racionalidad económica, a la vez que remite a la señalada mercantilización de la regulación de la fecundidad, que genera la preferencia de métodos de alta tecnología. También fueron estudiadas las representaciones sobre sí mismas después de la cirugía y la satisfacción con ella (Minella, 1996a;1998). Esta autora señala que los malestares de salud referidos como inesperados por las mujeres ligadas, no son sólo consecuencia de la desinformación que surge del ánimo de lucro de los profesionales y de su convicción de evitar el aborto y la mortalidad materna a través de esta intervención, sino de la falta de consenso en la propia medicina acerca de las consecuencias orgánicas, sociales y emocionales de la esterilización (Minella, 1996b).

Otros trabajos indagan las opiniones y representaciones de funcionarios y profesionales de la salud acerca de la provisión de la ligadura tubaria. En su mayor parte, señalan las "distancias" entre las normas y su implementación, y la acusada ausencia de monitoreos, y destacan las críticas de los/as profesionales a ciertos aspectos de la legislación que procuran regular su práctica, como la prohibición legal de realizar la ligadura al momento del parto (Osis *et al.*, 2009; Vieira y Ford, 2004). A modo de monitoreo técnico, otro trabajo evalúa el cumplimiento de los criterios fijados por el programa para el acceso efectivo a las prácticas de anticoncepción quirúrgica tanto masculina como femenina (Berquó y Cavenaghi, 2003).

Desde otras preocupaciones, una serie de trabajos aborda el problema de la esterilización en el marco de la atención obstétrica de mujeres que viven con VIH. En algunos de ellos se analiza cómo las prescripciones médicas en torno a la prevención de la transmisión

vertical del virus modelan el deseo y la decisión de las mujeres acerca de la vía de parto y posible práctica de la ligadura (Hopkins *et al.*, 2005; Knauth *et al.*, 2003). En la misma perspectiva se plantea que la “cultura médica local” sobre la ligadura y la organización de la atención prenatal contribuye a explicar las tasas diferenciales entre las ciudades de Porto Alegre y San Pablo de mujeres que acceden a ella en el momento del parto (Barbosa y Knauth, 2003).

Por último, cabe señalar un estudio que aborda la organización del trabajo de un equipo de salud de una institución filantrópica no gubernamental –cuyas actividades se centran especialmente en la atención de la salud materno infantil, incluida la planificación familiar– respecto del proceso de decisión sobre la ligadura (Marcolino, 2004). El análisis focaliza en categorías que refieren al proceso de trabajo: división, complementariedad, interdependencia, tecnologías. Allí encuentra cierta tendencia al funcionamiento multidisciplinario y a la horizontalidad que implica una consideración “más humanística” de la mujer, atenta a sus condiciones de vida. No obstante, esto coexiste contradictoriamente con la persistencia de decisiones fundadas en criterios técnicos que surgen del conocimiento biomédico. El trabajo señala esta tensión en función de la distribución de poder en el equipo y la institución de referencia, pero el análisis permanece desarticulado del espacio social donde se construyen, reproducen y disputan las representaciones y los sentidos que allí se juegan.

En nuestro país el problema fue escasamente abordado por las ciencias sociales. En su mayor parte se trató de estudios sociológicos de opinión con metodología cuantitativa. Algunos de ellos exploraron las opiniones de los/as especialistas de la tocoginecología de servicios públicos del área metropolitana de Buenos Aires acerca de la anticoncepción y el aborto (Ramos *et al.*, 2001). La indagación, a través de la aplicación de cuestionarios autoadministrados, fue profundizada mediante entrevistas a los/as jefes de servicio. Con este procedimiento se destacó el contraste entre el primer y el segundo grupo abordados: de la encuesta a profesionales (de distinto rango) surgió que la proporción entre quienes acordaban y quienes estaban en desacuerdo con que “la ligadura de trompas debería ser accesible a toda mujer apropiadamente informada y que no presente riesgo quirúrgico aumentado” era prácticamente igual (Ramos *et al.*, 2001: 95).

Los/as jefes de servicios, por su parte, se mostraron más abiertamente contrarios a la realización de esta práctica.

En el marco de un estudio antes mencionado (Ramos *et al.*, 2004) sobre la implementación de la ley de salud reproductiva de la ciudad de Buenos Aires, se indagaron las opiniones de los/as jefes de servicios incluidos en el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del GCBA¹⁴ sobre ciertos aspectos de la práctica de ligadura tubaria. El estudio mostró que los/as entrevistados desconocían las condiciones en que era lícito practicar la ligadura tubaria y los requisitos administrativos para realizarla. Además, con frecuencia la consideraban prohibida, sólo practicable por “indicación médica” y con autorización judicial (aunque sin eliminar con esto la posibilidad de ser demandados/as *a posteriori*), y en oportunidades supeditada al consentimiento de la pareja de la mujer que sería intervenida. La “derogación de la prohibición” y la “reglamentación de la provisión” de esta práctica estuvieron entre las consignas que mayor cantidad de profesionales juzgaron poco prioritaria (junto con la propuesta de “mejorar la calidad de la atención de los abortos hospitalizados”). Por otra parte, la mayoría de los/as entrevistados se mostró de acuerdo en avanzar en ambos sentidos, justificando la posibilidad de realizar la intervención al menos en “casos puntuales”, como evitar riesgos serios a la vida o salud física de la mujer, con legislación que los protegiera ante eventuales juicios de mala praxis. En ambos estudios se destacaba las resistencias que la ligadura generaba entre los/as profesionales y sus argumentaciones: su carácter irreversible y la posibilidad de enfrentar reclamos penales.

Por su parte, Diana Maffía (2001), quien se había desempeñado como Adjunta en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, entidad que tramitaba reclamos para acceder a la ligadura tubaria, señaló las frecuentes “barreras” para al ejercicio pleno de los “derechos sexuales y reproductivos”, entre las que destacó el desconocimiento por parte de las mujeres, y la ausencia de mecanismos de control, participación y reclamo. El trabajo denunciaba, a la vez, la frecuente judicialización de los pedidos de ligadura, a la que

¹⁴ Es el actualmente denominado Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

asociaba “una cultura institucional poco democrática, y con una utilización del poder médico paternalista y androcéntrica” (Maffia, 2001: 30).

En otros trabajos empíricos se exploraron, a través de la técnica de entrevistas, las opiniones de mujeres que accedieron a la ligadura y de profesionales vinculados a su implementación. Para el caso de la ciudad de Buenos Aires desde una perspectiva socioantropológica, Gianni y Zamberlin (2008) destacaron el acceso desigual a la ligadura tubaria entre mujeres de diferentes estratos sociales y la disponibilidad o buena voluntad de ciertos profesionales a realizarla, en contraste con las resistencias de sus colegas, justificadas por el temor a ser objeto de demandas penales.

La politóloga Josefina Brown (2006; 2004a; 2004b) abordó “la lucha por la definición de una política pública y un derecho ciudadano” (Brown, 2006:133) en la provincia de Mendoza, a través del análisis de los debates parlamentarios registrados sobre el tema.

Las autoras de una publicación reciente, una médica bioeticista y una abogada, presentaron un estudio estadístico del comportamiento de la demanda y la provisión de la ligadura en los hospitales públicos de un partido de la provincia de Buenos Aires (Urbandt y Bostiancic, 2008), ampliando y actualizando los datos que una de las autoras elaboró en un trabajo previo (Urbandt, 2002). Preocupadas por explicar las causas de lo que entienden un “fuerte y constante incremento de pedidos de esterilización dentro del hospital público” (Urbandt y Bostiancic, 2008: 28), las autoras señalan la dudosa continuidad y el acceso a métodos anticonceptivos de carácter reversible, la insuficiente “competencia moral” de las mujeres acerca de las implicancias permanentes de la ligadura tubaria, y la resolución judicial que consideran devenida en “trámites administrativos, fríos y burocráticos” (Urbandt y Bostiancic, 2008: 206). También muestran, sin detenerse en el análisis, el aumento registrado en el porcentaje de prácticas quirúrgicas autorizadas pero no efectuadas en los servicios públicos de salud sobre el total de las autorizaciones judiciales.

III

Retomando el problema en términos conceptuales

En el marco de una política pública que procura el “reconocimiento” de “derechos sexuales” y “derechos reproductivos”, el acceso a la ligadura tubaria constituye un caso particularmente controvertido, que refiere al “problema de la población” a la vez que resulta clave para abordar las construcciones sociales que la discusión del tema evoca: el cuerpo y la sexualidad femenina social y culturalmente aceptados, la maternidad, la feminidad, etc.

El problema que abordo refiere a la administración del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires en el marco de las políticas de sexualidad y reproducción social, entendiendo que, como toda política, implica relaciones de poder que moldean las experiencias de los sujetos y se inscriben en sus cuerpos (Fassin, 2003). Especialmente, analizo su despliegue en un servicio de salud constituido en proveedor “de referencia” de esta práctica, a la luz de las rutinas médico institucionales que median las reglas –leyes, normativas, programas– y que rigen en los espacios de atención de la salud.

Así, la perspectiva etnográfica que asumo implica considerar tanto el proceso de construcción de las normas y los programas, como las modalidades de su implementación, apropiación y resignificación, a través de las prácticas y los sentidos que los distintos actores sociales involucrados construyen y despliegan en esta trama.

La noción de *campo* (Bourdieu, 1988; 1991) resulta útil para pensar el espacio social particular en el que esta política se despliega. Constituido históricamente por relaciones de poder, el campo permite recortar y articular políticas gubernamentales, prácticas colectivas de movilización, y demandas individuales en torno a un interés específico, en este caso, la disposición de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres. En este espacio, los distintos actores sociales o agentes participan de modo desigual, con sus prácticas, representaciones y estrategias limitadas estructuralmente a partir de la posición de cada uno en él. Las posiciones, desde las cuales los agentes actúan intentando modificar o

conservar el estado de las relaciones de fuerza, son definidas en el marco de relaciones de hegemonía/subalternidad y por ello son relativamente variables (Bourdieu, 1991; 1988; Bourdieu y Wacquant, 1995). El abordaje etnográfico de la construcción social de la política que estudio implica, desde este marco conceptual, recuperar el movimiento de correlaciones de fuerza en el campo político que se recorta en torno a la implementación de medidas sanitarias sobre sexualidad y procreación a partir del caso de la anticoncepción quirúrgica femenina.

Para aproximarme a estos procesos resultan útiles algunos como conceptos como el de *construcción social*, en tanto refiere a la compleja relación entre las representaciones (“la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar”) y las prácticas sociales (las secuencias de interacción, sus modos de acción, y sus estrategias) de los sujetos involucrados (Grimberg, 1997).¹⁵ Los procesos políticos e ideológicos comprometidos pueden ser entendidos a la luz de lo que Bourdieu (1988) denominó *luchas simbólicas*,¹⁶ para referirse a las disputas en torno a las definiciones legítimas de las prácticas sociales. Al mismo tiempo, para los agentes intervinientes, éstas implican disputar la legitimidad de su injerencia sobre esas prácticas, asumiéndolas como su campo de intervención.

La producción de sentidos que refieren a lo normal y lo anormal en el ejercicio de la sexualidad fue hegemonizada por la biomedicina y, como se vio, constituye una construcción de carácter biomoral. La frontera que se erige entre la sexualidad “normal” y “anormal”, e instaura ciertas prácticas como “naturales” y otras como “no naturales” (Grimberg, 2009; 2002) tiene lugar en la *matriz heterosexual reproductora obligatoria* o *heteronormatividad reproductora*: un esquema que torna inteligibles los cuerpos sexuados y las marcas de género, organizadas jerárquicamente en el campo cultural (Butler, 2003).

En este marco, entiendo al *género* como una construcción sociocultural e histórica de carácter relacional que, a partir del dimorfismo sexual –diferencias anatómicas entre

¹⁵ En este enfoque, las representaciones sociales articulan componentes cognitivos, normativos, valorativos y emocionales.

¹⁶ Luchas que implican el despliegue de estrategias y recursos acumulados históricamente (Bourdieu, 1988; Bourdieu y Wacquant, 1995).

varones y mujeres– distribuye roles, comportamientos, actitudes y formas de sentir diferenciales entre unos y otras (León, 1995). Éste se manifiesta como un eje de la organización social y de la desigualdad de poder, que produce y reproduce la subordinación de las mujeres y “lo femenino” (Heilborn,1994; Scott, 1993; Moore, 1992; Lamas, 1986). Para las mujeres, implicó la naturalización de la capacidad reproductiva, a través de la construcción y apelación ideológica a una supuesta esencia o instinto maternal y la pasividad sexual (León, 1995; Fuller, 1995).

Pero, por otra parte, la vigencia de la heteronormatividad no sólo implica la mencionada inteligibilidad, sino la adecuación de los cuerpos y la sexualidad a esa matriz, a través de lo que Judith Butler (2003) denomina “política de la superficie corporal”. Ésta implica la construcción del cuerpo con género, mediante la expulsión y negación de los opuestos, ocultando discontinuidades que evidencian que el género no es consecuencia mecánica, unívoca, del cuerpo. La política de estabilización corpórea del género opera, según Butler, mediante la norma esperada y deseable de expresión *superficial* de un núcleo de género pretendidamente coherente en el cuerpo, tanto en su materialidad, en sus gestos como sus deseos, y a través del castigo de las disidencias. Pero esa coherencia, resalta, no es más que una ficción, efecto de tal núcleo (Butler, 2003).

En el campo de la antropología médica local, la investigación de la sexualidad también se vinculó con los estudios sobre VIH/sida. A partir de su emergencia, varios trabajos se enfocaron en la perspectiva de los/as profesionales de la biomedicina o ciertas *representaciones médicas* y analizaron su participación en la construcción social de esta problemática (Grimberg, 2008; 2002; 1998; 1995; Grimberg *et al.*, 1997). La presente tesis retoma y contribuye a esta línea de investigación. Asimismo, los trabajos de Susana Margulies (2008; 1998), que incorporan el estudio de las respuestas médico-institucionales a la epidemia en la ciudad de Buenos Aires, constituyen un antecedente ineludible en cuanto al enfoque adoptado y la problemática que abordo. A partir de la recuperación de la noción de *candidatura*, planteada por Ronald Frankenberg (1994), la autora da cuenta de los modos como el enfoque de riesgo se operacionaliza en la actividad clínica. Los “candidatos” son, entonces, “aquellos que emergen en la atención como personas ‘proclives’ a enfermar de VIH/sida” (Margulies, 1998: 55, resaltado en el original), por

aplicación de las categorías de riesgo (de la epidemiología inicial del sida) sobre individuos particulares. Los contenidos ambiguos que se vierten sobre estas categorías, de acuerdo con Margulies, denotan y refuerzan las construcciones acerca de lo normal y lo patológico, y la valoración moral de las personas y los conjuntos afectados.

Continuando este enfoque en el terreno de la antropología médica, García (2007) abordó etnográficamente la gestión y administración de programas y normativas para la prevención de la transmisión vertical (madre-hijo) del VIH/sida en un centro obstétrico de la red de salud pública de la ciudad de Buenos Aires. Sostiene que la *rutinización* de las prácticas médicas, incluida la prescripción de la serología para VIH, si bien basadas en la racionalidad técnica de la biomedicina, se insertan en contextos definidos por condiciones particulares tanto sociales, morales, ideológicas, como técnicas, que, entre otras cosas, implican la subordinación técnica y social de las mujeres y la omisión de su experiencia en la atención obstétrica. En lo que se revela como un contexto de cierta universalización del ofrecimiento del test de VIH durante la atención obstétrica, en otros trabajos, junto con Margulies, concluyen que la construcción de la paciente obstétrica se realiza al abstraerla de su situación económica, social, cultural, laboral y emocional y la subordinación de la mujer respecto de su embarazo (García y Margulies, 2007; Margulies y García, 2009). El análisis se alinea así con la conceptualización del modo en que operan los sistemas biomédicos tal como lo plantean otros autores: mediante la *construcción del paciente-usuario* y *naturalización de su padecimiento* (Frankenberg, 1994; Good, 1994). Recupero esta conceptualización a lo largo de la tesis para, a través del análisis del material etnográfico, explorar de qué modos y con qué sentidos los/as profesionales indagan, recuperan y contemplan las condiciones de existencia, materiales, sociales, simbólicas, biográficas, etc., de las mujeres que atienden a la hora de evaluar si se trata de una "candidata" –tal como ellos/as mismos refieren– a la ligadura tubaria o no.

La tesis está organizada en una introducción, seis capítulos que tienen como eje el problema del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en el servicio donde realicé el trabajo de campo, conclusiones generales y el listado sistematizado de la bibliografía utilizada. En cada uno de los capítulos se presentan aspectos centrales de la perspectiva antropológica: el plano de la experiencia cotidiana en los distintos espacios; las

regularidades y la diversidad presentes en la escena local; las prácticas concretas y las representaciones de los sujetos, insertas en procesos sociales mayores –políticos, ideológicos, culturales y económicos– que configuran tramas complejas, y la discusión teórica desde la exposición y el análisis de los datos empíricos (Achilli, 2005).

En el **capítulo I** se explicita el diseño metodológico de esta investigación y, en detalle, se exponen cada una de las estrategias desplegadas para la construcción de los datos y su análisis interpretativo. Allí justifico la elección del servicio de obstetricia donde realicé el trabajo de campo, reconocido “referente” de la ligadura tubaria, y reflexiono acerca de las posibilidades y las dificultades que esto significó para mi trabajo. Discuto la adecuación metodológica del trabajo etnográfico en instituciones de salud, y las particularidades que adquirió en esta oportunidad la “entrada al campo”, las interacciones cotidianas y no tanto con los distintos sujetos, las negociaciones varias y los avatares que se presentaron durante mi estadía allí.

En el **capítulo II** se analiza el proceso de construcción del problema político de la ligadura, a través de la recuperación de los principales hitos del esquema jurídico en torno de la práctica. El recorrido permite identificar procesos de interpretación, disputa, resistencia, y producción de sentidos que se expresaron en una correlación variable de fuerzas. La diversidad de voces y sus fundamentos remiten tanto a la influencia del discurso poblacionista y del higienismo en la tradición política nacional (Nari, 2004), como al de más reciente trayectoria, en el plano internacional, primero, y luego en el local, de los “derechos reproductivos” y “derechos sexuales” de la que nuestra legislación local es en parte subsidiaria, de la mano de las reivindicaciones planteadas por el movimiento de mujeres/feminismos. El análisis muestra que la gestión del acceso a la ligadura cobra creciente legitimidad en un marco de reconocimiento formal de aquellos derechos que, a la vez que se inserta en un campo político-sanitario históricamente hegemonizado por el saber biomédico social, enfrenta persistentes y renovadas resistencias.

En el **capítulo III** se presentan las modalidades de tratamiento de los pedidos de ligadura tubaria en los últimos años en el servicio que se constituyó en su proveedor “referente”. El análisis se centra en las prácticas profesionales que dieron lugar un posicionamiento

particular en el espacio de la política en “salud reproductiva”. Se aborda el diseño del dispositivo con el cual el servicio evalúa los pedidos de ligadura tubaria y las disputas y negociaciones institucionales en torno a la regulación del acceso a esta práctica. Se recuperan, también, las prácticas de otros servicios, agencias y ONGs con motivo de esta práctica. Entre éstas, se exponen las prácticas de intervención de la Defensoría del Pueblo, al tiempo que se analizan las modalidades de interacción de esta agencia con otros servicios.

En el **capítulo IV** describo el espacio central de trabajo etnográfico: un hospital del centro de la ciudad de Buenos Aires, y especialmente el servicio de obstetricia. Se analiza centralmente la organización contemporánea del consultorio de salud reproductiva a través del cual se da esta implementación y las estrategias de negociación y articulación con otros agentes. El análisis presentado da cuenta, por un lado, de la posición particular de este servicio en el campo de la atención de la salud reproductiva de las mujeres. Por otra parte, la presentación de sí (Bourdieu, 1988) realizada por sus profesionales se revela como una estrategia de posicionamiento que, junto con la organización descrita, le permite al servicio adquirir mayor visibilidad, al tiempo que se revela la heterogeneidad de perspectivas en el servicio y se advierten los principales conflictos que el tema suscita entre sus profesionales, cuyo análisis en profundidad se realizará en los siguientes capítulos. Se analizan, asimismo, las propuestas e intervenciones del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y de la Defensoría del Pueblo a fin de garantizar el acceso a esta práctica en la red pública de salud de la ciudad.

En el **capítulo V** se analizan los espacios y las condiciones donde surge la cuestión de la ligadura en el consultorio de obstetricia. Especialmente se reflexiona acerca del carácter de las actividades desarrolladas en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el servicio. A través de la descripción etnográfica de las interacciones en el proceso de atención de la salud reproductiva, el análisis revela la apropiación y resignificación que realizan los/as profesionales de los lineamientos del Programa. A partir de allí se manifiestan las tensiones inherentes a la gestión de la sexualidad y la reproducción de la población, y se evidencia la especificidad del tratamiento de que son objeto determinados sujetos y grupos. Un contraste particular

surge de la caracterización de las mujeres de menores recursos (que concurren al hospital público) y aquellas con capacidad para negociar en el espacio “privado” la realización de la ligadura.

El **capítulo VI** se focaliza en el despliegue de los dispositivos que cotidianamente organizan las prácticas profesionales en torno a la ligadura tubaria en el consultorio de salud reproductiva del servicio: la “consejería” y la administración del consentimiento informado, la implementación de la guía de procedimiento denominada “semáforo”, y la interconsulta con colegas del equipo de salud de la misma u otra disciplina. El análisis de estos dispositivos, a partir del problema de la relación entre la técnica y la construcción de la persona –retomando las nociones de “técnicas corporales” de Marcel Mauss (1979), y “elecciones técnicas” de Pierre Lemonnier (2002)–, muestra los sentidos que los/as profesionales asignan, promueven y cuestionan en torno a la ligadura tubaria. Son algunos de estos sentidos –aquellos que remiten a las construcción hegemónica de la mujer-madre y sexualmente pasiva– los que permiten delinear los modos prevaecientes de definición e intervención biomédica de los cuerpos femeninos.

En las **conclusiones**, a partir de la recuperación de los hallazgos y reflexiones expuestas en cada capítulo, se avanza hacia la redefinición del problema de la administración política del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en términos de un dispositivo que refiere, simultánea y conflictivamente, al problema de la población y a la construcción de las mujeres como “sujetos de derecho”. La tensión permanece por cuanto una y otra línea implican procesos políticos que, por un lado se realizan en condiciones multidimensionales de desigualdad social, al tiempo que remiten a la gestión de los mismos aspectos de la vida: la sexualidad y la capacidad reproductiva femeninas. No obstante, ambos son núcleos que condensan sentidos diversos, esquivos, disputables: responsabilidad, impulso, libertad, salud, maternidad, temor, placer, poder, peligro, deseo, designio.

CAPÍTULO I

ESTRATEGIAS PARA UNA ETNOGRAFÍA DE LA POLÍTICA DESDE UN SERVICIO DE SALUD

El campo en el que se dirime el problema político del acceso a la ligadura tubaria exige un abordaje etnográfico que permita conocer “desde adentro” (Heggerhougen, 1995) los procesos de disputa y construcción de significados. Esto permite analizar el complejo entramado social e histórico en que se despliegan las políticas públicas, desde su definición hasta sus acciones (Danani, 2000; 1996).

Así, en tanto las políticas públicas no remiten exclusivamente a la forma legal, racional, en la que se gobiernan las poblaciones (Wedel *et al.*, 2005), la labor etnográfica posibilita echar luz sobre las prácticas y los sentidos que los actores atribuyen a la cuestión, y así aproximarse a las decisiones políticas, sus modos de implementación y sus efectos reales, imaginados –tanto deseados como temidos–, insospechados.

Con este propósito, realicé trabajo de observación con participación, durante 2007 y 2008, en un servicio de obstetricia de un hospital general de agudos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y entrevistas en profundidad a profesionales de salud y funcionarios entre 2006 y 2008. El trabajo de campo incluyó la observación de actividades que los/as profesionales del servicio seleccionado realizaron en otros espacios: convocados como especialistas por otros servicios de la red sanitaria pública, o como expositores en jornadas científicas. También observé los encuentros periódicos de la Coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva con profesionales de los servicios de salud a lo largo del curso de capacitación anual a cargo de esa coordinación. Se realizan una vez por mes desde hace algunos años en el aula magna de un hospital general de agudos de la ciudad, donde el Programa tiene su oficina.¹⁷

¹⁷ Los encuentros se realizan los segundos jueves de cada mes durante la mañana, es decir, en el horario del servicio. La convocatoria se lleva a cabo mediante *memos* enviados a las autoridades de los servicios

Mi inserción como antropóloga en el servicio para conocer los modos como se gestiona el acceso a la ligadura tubaria, me llevó a explotar, voluntaria e involuntariamente, algunas de mis posiciones de sujeto, tal como plantea Kelly da Silva (2005). Al respecto, esta autora recupera la problematización del carácter supuestamente unívoco y acabado de la identidad, al que opone, siguiendo el planteo de Henrietta Moore (1994), la construcción fluida de una subjetividad, a través de la cual los individuos “toman una variedad de posições de sujeito dentro de diferentes discursos”, posiciones que pueden ser contradictorias y conflictivas entre sí (Moore, 1994, citada en da Silva, 2005).

El desafío de desentrañar los sentidos que organizan aquellos modos de gestión a partir de la inmersión en este campo no fue tarea sencilla. Implicó sobreponerme tanto a la familiaridad que el campo despertaba en mí, por haberme atendido durante años en un hospital del área metropolitana de la ciudad, como un gran esfuerzo para aproximarme a los sujetos de investigación, principalmente a los/as profesionales. De ellos me distanciaba, sobre todo, la formación disciplinar y, en buena parte, el desconocimiento de sus rutinas institucionales. Desde esta tensión entre la proximidad y la distancia, fundante y característica del trabajo etnográfico, opera el ejercicio metodológico del “extrañamiento” (Lins Ribeiro, 1986), que implica, justamente, tanto la práctica de exotizar lo cotidiano o descotidianizar lo familiar, como entrar en contacto estrecho con lo que al mismo tiempo se construye como “otredad” (Achilli, 2005).

La selección de este servicio obedeció a cuestiones de diverso orden: por un lado, era identificado por diversos actores como un servicio “amigable” y “centro de derivación” para la provisión de una práctica comúnmente resistida por otros efectores del sistema público de salud, y constituido en servicio de referencia para éstos y otros agentes (Defensorías, organismos y programas del Estado; ONG de mujeres, etc.).

registrados como efectores (que solicitan y distribuyen insumos del Programa), a fin de facilitar la participación de los/as profesionales. La asistencia y autoevaluación anónima otorgan un puntaje, lo que funciona como un incentivo para la participación en los cursos.

Por otra parte, el acceso fue facilitado por haber sido colega de estudio en el posgrado con quien se desempeñaba en la jefatura del servicio. La jefa del servicio estaba realizando una investigación acerca de las opiniones de los/as profesionales de distintos hospitales públicos de la ciudad sobre la práctica de ligadura tubaria. A lo largo de mi estadía en el servicio compartimos las vicisitudes de ese proceso, sobre todo las dificultades para obtener respuesta de sus colegas, y posteriormente las devoluciones de los evaluadores, a partir de las cuales me pidió recomendaciones bibliográficas. La contacté telefónicamente a comienzos de 2007 y le comenté mi propósito de investigación a fin de solicitar y lograr la "entrada al campo": el tema por indagar, expliqué, era cómo se desenvolvía el servicio, de manera cotidiana, respecto de la práctica de anticoncepción quirúrgica femenina.

En general, como dan cuenta las etnografías hospitalarias, el acceso a estas instituciones es celosamente regulado por otras instancias, como comités de bioética, y de docencia e investigación. Esto es así, especialmente en cuanto a la aproximación a los "pacientes" (Barber, 2007), pero expresa la reticencia a la observación y el cuestionamiento de las prácticas profesionales en su espacio de trabajo (van der Geest y Finkler, 2004). El circuito de autorizaciones formales, burocráticas, que se imponen a las investigaciones antropológicas y sociológicas cuyo "campo" son las instituciones biomédicas, implica el despliegue de retóricas y normativas institucionales, dispositivos y prácticas rutinarias, microdisputas y disposición de los sujetos expuestos a la investigación, que deben ser analizados (Margulies, 2006).

En este sentido, cabe destacar una particularidad del servicio: tiene cierta trayectoria como unidad de estudio/espacio de investigaciones de este tipo, en ocasiones seguidas de intervenciones de capacitación profesional. De hecho, al entrar en contacto se iniciaba un estudio exploratorio que buscaba describir actitudes y opiniones de profesionales y mujeres operadas acerca de la ligadura tubaria. La jefa no encontró dificultades en esta coincidencia. Fue necesario establecer acuerdos con las otras investigadoras, ex colegas de un centro de estudios sociológicos, una antropóloga y una socióloga, para evitar superposiciones en el abordaje de los sujetos que entrevistaríamos.

Así, el tema de investigación, encarado con perspectivas y técnicas diferentes, estaba

presente por ese entonces, y era motivo de orgullo para la jefa del servicio, comprometida personalmente en la labor que llevó a “su” servicio a posicionarse primero como “pionero” y luego como “referente” en cuanto a la provisión de la ligadura tubaria. Así, tanto el reconocimiento del servicio en estos términos, como el vínculo previo con la jefa allanaron mi ingreso.

Durante la primera de mis estadias de observación, fui presentada de forma espontánea por la jefa del servicio a la directora del hospital, quien dejó en manos de la primera la decisión acerca de la posibilidad de realizar mi investigación allí. Me indicó, entonces, presentar una carta de intención y mi proyecto de investigación ante el Comité de Docencia e Investigación (CODEI) del hospital. Me advirtió, además, que sólo si este comité lo consideraba necesario, el proyecto sería evaluado luego por el Comité de Bioética. Este proceso demoraría la autorización formal, ya que cada una de sus propuestas, según dijo, *“dan mil vueltas pero terminan autorizando”*. En la siguiente visita al servicio me presentó a la jefa del Departamento Materno Infanto Juvenil, a quien consultó sobre la necesidad de solicitar formalmente autorización al CODEI. Dado que las técnicas de investigación que utilizaría no involucraban el manejo de datos de investigación clínica, consideró innecesaria tal autorización. Si bien la presentación ante el CODEI nunca fue realizada, preferí entregar a la jefa del servicio la carta de presentación y un breve resumen del proyecto de investigación, a fin darle más formalidad, y resguardo a la continuidad de mi estadía allí.

Así, la jefa del servicio se apropió en cierta forma de mi propuesta de investigación y colaboró, con el visto bueno –informal– de otras autoridades, eludiendo aquellas otras instancias de evaluación, a la vez que identificaba relaciones tensas con esos órganos en la institución. Con ella fueron, entonces, convenidos los términos de mi presencia en el servicio, donde acoté la observación sistemática a ciertos espacios: las salas de espera de los consultorios externos, las reuniones periódicas del equipo profesional responsable del consultorio de salud reproductiva, y el consultorio de salud reproductiva. Excluí las consultas para control del embarazo, las de la guardia tocoginecológica y la sala de internación. La “negociación” incluyó, a pedido de ella, una “devolución” de mis observaciones al equipo de profesionales, que tuvo lugar al cabo de la primera etapa de

trabajo de campo, concluida a fines del año 2007.

Recuperando los modos de trabajo antropológico, privilegié la reserva de la identidad del servicio para que el análisis y la difusión de resultados no dejara abiertamente expuesta la institución, y con ello sus profesionales. Lejos de esto, la jefa del mismo estaba marcadamente interesada en la identificación del servicio, debido al "orgullo personal" y "profesional" explicitados en relación con la modalidad de atención, que decía regirse por el precepto de "*los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*" y de acuerdo con las normativas más recientes. Por las razones mencionadas, preferí no revelar en qué servicio realicé esta experiencia, aunque es probable que lectores/as familiarizados con la temática no precisen mayores referencias para identificarlo.

Durante mi permanencia en el servicio procuré no identificarme con ninguno de los roles clásicos en el espacio hospitalario, equipo profesional, pacientes, y visitantes o acompañantes (van der Geest y Finkler, 2004). Intenté, también, alterar lo menos posible el espacio social en el que me insertaba como investigadora (Bourgois, 2006) y aprovechar "el efecto inquietante y a veces disruptor de nuestra práctica cotidiana en el campo" (Bárber, 2007). Quiero reflexionar en este punto acerca de cómo algunas de mis posiciones como sujeto modelaron en cierta forma las condiciones en que llevé adelante la investigación, y que constituyen parte del problema por investigar.

En primer lugar, como expresé, el hecho de haber compartido la formación de posgrado con la jefa del servicio, más mi coincidencia en buena medida con la consigna reivindicativa de los "derechos de las mujeres", y especialmente con la que clama por la "autonomía de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos", me facilitaron el acceso a la observación de prácticas y discursos. Este proceso significó una tensión permanente que me obligó a cuestionar y decidir cuáles datos analizar y, sobre todo, hacer o no públicos.

Así, esto favoreció tejer con ella relaciones, en cierta forma, en términos de pares, lo cual implicó posibilidades y dificultades. Movida por su calurosa invitación, me encontré participando de espacios que excedían mi interés pero que muchas veces estimé conveniente no rechazar para consolidar mi presencia en el terreno. A partir de su ímpetu por promover y consolidar un perfil de servicio volcado hacia la investigación sanitaria

me solicitó, en calidad de investigadora, recomendaciones bibliográficas, asesoramiento en la elaboración de proyectos y construcción y lectura de bases de datos. Estos pedidos, a modo de contraprestaciones o “contra dádivas” (da Silva, 2005) del permiso de acceso para desarrollar allí mi trabajo incluyeron la mencionada instancia de “devolución” y, posteriormente, una suerte de informe de la gestión del servicio a partir de mis observaciones. En el último apartado presento mis reflexiones sobre estos intercambios.

La dinámica del servicio estaba atravesada y caracterizada por los rasgos personales de su jefa, quien expresaba gran entusiasmo y compromiso explícito con la perspectiva arriba comentada. Pese a la coincidencia que señalé al respecto, sospechaba que los sentidos con los que ella y yo cargábamos esas consignas diferían, y sólo una inmersión completa en el terreno me permitiría averiguarlo. Comencé por participar –observando– de las reuniones del equipo del consultorio de salud reproductiva, lo que me permitió aproximarme al “punto de vista nativo”, es decir, a las preocupaciones y los conflictos que experimentan los/as profesionales frente a situaciones tanto rutinarias como las que les resultaban particularmente inquietantes, aun cuando infrecuentes, y que en ese espacio eran formuladas en sus propios términos. También se expresaban las alternativas de acción consideradas posibles de ser llevadas adelante, y por omisión, se daba cuenta de las excluidas.

Me advirtió que estas reuniones, idealmente semanales, irían espaciándose a lo largo del año, hasta alcanzar una frecuencia mensual. Ella era la impulsora y coordinadora de estos encuentros, que no continuaban cuando se ausentaba, ya sea por vacaciones o por actividades fuera del servicio. Rara vez empezaron a horario, debido en parte a los tiempos de atención del consultorio. Salía a buscar ella misma, o mandaba a llamar a los/as profesionales que no estaban presentes y “retaba” a quienes se demoraban, argumentando que era prioritario el trabajo conjunto en este espacio, aun cuando implicara suspender momentáneamente la actividad asistencial. Al mismo tiempo, establecía la agenda, que generalmente me anticipaba, fijaba tareas, indagaba, aceptaba o rechazaba propuestas realizadas por el resto de las/os profesionales.

Durante la primera etapa de investigación en el servicio asistí a ocho de estas reuniones.

No estuve presente, por razones personales, en apenas un par. En casi todas ellas planteó cuestiones referidas a la provisión de la ligadura tubaria. Cabe suponer que mi presencia en el servicio, motivada por el interés en la gestión de esta práctica, forzó de alguna forma su tratamiento explícito, entre otros temas relativos al desempeño del equipo, con lo que contribuía a desbrozar los aspectos identificados como más problemáticos. Esto revela la potencialidad del trabajo etnográfico a partir del cual, aun cuando la inserción del investigador/a no plantee la alteración de la realidad social que pretende abordar, su sola presencia implica la modificación y cierta "escenificación" de las relaciones que se dan en el campo. De hecho, es una posibilidad que, haciendo uso de su autoridad, hubiese aprovechado mi interés en el tema para proponer sistemáticamente su discusión. Esta hipótesis es abonada por el hecho de que, según me comentaron algunas profesionales, en las reuniones a las que no pude asistir el tema no fue parte de la agenda, como tampoco surgió espontáneamente. Asimismo, en ocasión de la "devolución" pactada, que tuvo lugar en marzo del año siguiente (2008), la jefa del servicio anunció que con mi presentación se reinauguraban los encuentros semanales, y se hicieron sugerencias de espaciarlos, en virtud del "funcionamiento aceitado" que, juzgaron, se había alcanzado. En efecto, la práctica de la ligadura tubaria constituía un tema con el que cotidianamente lidiaban los/as profesionales de este servicio. Si bien la jefa no pareció revisar su propuesta, en mi segunda etapa de campo sólo tuvieron lugar dos reuniones de este equipo. Es difícil establecer la razón del espaciamiento de las reuniones, pero en todo caso, confirman la sospecha de que una suerte de "puesta en escena" tenía lugar *porque* la antropóloga (yo) estaba allí: sea su capacidad de mando y ejercicio de poder, sea un particular y prioritario interés en la práctica de ligadura, o probablemente ambas.

Durante una de estas reuniones, el jefe de unidad, responsable de la organización de los consultorios externos, me comentó a modo de broma que la experiencia de estar allí sería para mí como presenciar un *reality show*. Sin pretender especular acerca de las sensaciones que este comentario haya buscado transmitir y/o provocar, cabe preguntarse ¿qué significación cobra la analogía del trabajo de campo con ese género de entretenimiento masmediático? Entiendo que ésta ilumina una de las tensiones características del *métier* antropológico de acuerdo con Lins Ribeiro (1986): el distanciamiento/aproximación. Así,

este profesional resaltaba mi “extranjería” o no pertenencia a ese espacio médico institucional.¹⁸ Reconocía, al mismo tiempo, que ese mismo desplazamiento –más cognitivo (y tal vez simbólico) que geográfico– me permitía el acceso a una instancia más íntima, comúnmente no visible, a partir de mi inserción en “su” espacio laboral.

Poco después de ese comentario, la jefa de división contó que en otra institución la propuesta de instalar cámaras de video en el quirófano de neonatología no prosperó debido a la resistencia de los profesionales, por temor a ser vigilados y ser objeto de demandas judiciales. Cuestionó esta resistencia que, en su opinión, surgía de la no comprensión del propósito de la iniciativa: analizar *a posteriori* las maniobras médicas de reanimación de recién nacidos a fin de mejorar la *performance* profesional. El comentario de esta experiencia y su interpretación podrían pensarse como una analogía con el quehacer antropológico en este espacio, y otorgarle otros sentidos (acaso funciones) a mi presencia. De este modo, el interés por la “devolución” pactada radicaba en mi calidad de “espectadora”, cual atenta lente de una cámara. Y unido a esto, la expectativa de que pudiera brindarles una mirada, distante y próxima a la vez, que permitiera revisar y mejorar los procedimientos cotidianos y por eso mismo naturalizados/no cuestionados por los propios protagonistas.

Sin embargo, a pesar de atribuirme un rol expectante, limitado a la “observación”, en varias oportunidades fui consultada a título de investigadora con cierta experiencia en temas de salud, e invitada a hacer exposiciones. En una de ellas de manera compulsiva, pues me pasó la voz a fin de corroborar información sobre la ausencia de condenas por mala praxis en relación con la ligadura tubaria, durante una clase-presentación sobre esta técnica que realizó en otro hospital. De este modo, me obligó a tomar posición en la trama de disputas sobre la temática. Asimismo, encaró duramente a una profesional, que me mencionó como una suerte de “testigo” y le advirtió: “no la mires a Cynthia, ella es espectadora acá”. Me encontré participando de un espacio social y simbólico en el cual coyunturalmente era tanto incorporada, con distintos sentidos o fines, como excluida, en

¹⁸ En otras oportunidades optó por la ironía, refiriéndose a mí como si fuera una colega del servicio “¿otra vez de guardia vos?”.

una tensión permanente. En esas reuniones, mi presencia resultó particularmente paradigmática de la inserción como etnógrafa. Se me negaba participación por “extraña” o “no nativa”, y se forzaba una invisibilización que, en un movimiento contrario, me incorporaba de modo subsumido, junto con el resto de las profesionales, en la estructura jerárquica del servicio. Con sus intervenciones, en uno y otro caso, la jefa reforzó su autoridad, al tiempo que resaltaba nuestra paridad a través de cierto conocimiento de las técnicas de investigación cualitativas y resultados de investigaciones previas. Así, vale explotar la “sospecha” a la que me referí más arriba, por cuanto revela la riqueza y complejidad del trabajo etnográfico, en el que la inserción en el terreno conlleva siempre una alteración de las rutinas nativas. Hasta aquí me referí a cierta “puesta en escena” (o exageración) de las relaciones jerárquicas, la definición de la práctica de ligadura tubaria entre los temas prioritarios, y el énfasis en un perfil “académico” o de investigación para el servicio. También implicó, como se verá, la revisión de algunos modos en el trato, y la justificación de algunas modalidades de atención).

Al insertarme como antropóloga en ese terreno, también me aproximé a otro sujeto fundamental en ese mismo espacio: las mujeres que allí se atienden. Comencé por realizar observación en las salas de espera del servicio, mayormente en la del consultorio de salud reproductiva, pero también en la de obstetricia (o control del embarazo). Esto me permitió una observación minuciosa de la disposición del espacio, la organización del tiempo y la dinámica institucional del servicio. Al mismo tiempo, me permitió acercarme a las mujeres y acceder, mientras aguardaban su turno, a fragmentos de historias personales que se tornaban significativos.¹⁹

Me presentaba a las mujeres, siempre que se daba la oportunidad, como una estudiante que estaba haciendo un trabajo de investigación para la facultad sobre el tema de la

¹⁹ Los cursos de orientación para el parto eran convocados en este espacio. Sin embargo, decidí no observar esa instancia en la que, en general, participaban mujeres que atravesaban su primer embarazo y considerar que era probable que la ligadura no fuera una opción anticonceptiva que contemplaran (tanto embarazadas como obstétricas).

ligadura de trompas en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. A partir de esas conversaciones, se fueron imprimiendo al trabajo etnográfico otros sentidos: tanto fui citada por ellas a modo de referente que las validaba,²⁰ como me vi compartiendo con ellas información, en general no provista por los/as profesionales, que surgía de su curiosidad por mi tema de estudio. En ocasiones sentí incomodidad al hablar con ellas sobre las condiciones formales de acceso a la ligadura, sobre todo al percibir su entusiasmo con la idea, y por temor a aparecer frente a los/as profesionales que verían a continuación, como una suerte de promotora de la práctica. Concluí que lo que hacía era charlar y compartir información²¹ de escasa difusión, y que lo contrario implicaba reproducir, por temor, la desvalorización de varios/as profesionales acerca de la capacidad de decisión de estas mujeres.

Debo reconocer que la distancia social con las mujeres me resultó por momentos algo difícil de sortear a la hora de comunicarme con ellas en la sala de espera. Esto también, según puede observar en las consultas, constituía una fuente de dificultad en la interacción entre ellas y las profesionales, en función de recursos diferenciales. Sin embargo, compartir con ellas el espacio de espera durante horas, me permitió construir un vínculo cuidadoso, de escucha atenta, respetuoso y horizontal. El tiempo en la sala de espera me obligó a disciplinar mi cuerpo, dispuesta a soportar tanto como las mujeres que aguardaban atenderse o sacar turno: la mayor parte del tiempo de pie, y con un frío espantoso durante el invierno. Estas condiciones me hicieron padecer el espacio, y percibir lo que todavía recuerdo como largas estadias, aunque las notas de campo, donde registraba mi hora de llegada y salida del hospital, muestran que éstas se limitaban a unas pocas horas. Al verme, las profesionales solían comentarme que lamentaban que estuviera haciendo "lo mío" en tales condiciones, distinguiéndome del resto de las mujeres que

²⁰ Por ejemplo, cuando una mujer embarazada que había solicitado la ligadura me relató, a la salida de la consulta, que le había comentado a la profesional que su charla previa conmigo la había ayudado a confirmar su decisión para ligarse, "y le dije que me veías muy convencida".

²¹ Al respecto, Barnes et al. (2003) discuten con el modelo técnico racionalista que la entiende limitada a la instancia formal de divulgación una vez concluida la investigación. Sostienen que la "diseminación" constituye una dimensión cotidiana de la investigación cualitativa que implica un posicionamiento ético, político y comunicativo, llamando la atención, entre otras instancias, sobre la reflexividad como metodología desplegada en las entrevistas.

aguardaban cotidianamente en esas mismas condiciones.²²

Durante mi estada de trabajo de campo, al regreso de un par de semanas de ausencia, me tomó por sorpresa el cierre de la maternidad por obras, anunciado con carteles caseros en la puerta de ingreso a la secretaría. Este escenario se tornó una oportunidad valiosa para aproximarme al desempeño del servicio en nuevas condiciones, comunes a las de otros servicios que no cuentan con la capacidad de practicar la intervención quirúrgica, sin por ello dejar de ser operadores de la política pública en la materia. Así, durante este período accedí, en parte, a las modalidades de implementación del acceso a esta práctica en éste y otros servicios a través de la experiencia de las mujeres que conocí en la sala de espera. Allí tuvieron lugar contactos más o menos espontáneos que, en varias oportunidades, fueron los primeros de una serie de conversaciones, a modo de entrevistas abiertas en profundidad o bien comunicaciones telefónicas. De este modo pude conocer el recorrido de esas mujeres, dadas las condiciones del servicio, para acceder a la operación que procuraban.

Si bien no estaba previsto en el proyecto de investigación,²³ en el transcurso del trabajo de campo decidí realizar observación en el consultorio de salud reproductiva, a fin de relevar la dinámica que, puertas adentro, tiene el proceso institucional de atención de la salud reproductiva y gestión de la sexualidad femenina. En efecto, constituyó una estrategia metodológica apropiada y un espacio privilegiado para acceder a las interacciones de la relación médico-paciente. En esta instancia es donde se despliegan de modo concreto las prácticas profesionales que tanto suponen rutinas o procedimientos estandarizados, como el ejercicio de cierta discrecionalidad por parte de los/as profesionales. A partir de allí, y centrando la atención en el desenvolvimiento de los/as profesionales, me fue posible recuperar las modalidades de interacción que caracterizan este espacio: interrogación o indagación de las mujeres que consultan; modos de comunicación (verbal y gestual); tópicos de información brindada, prescripciones de distinto orden; modos y criterios por

²² En cuanto a ellas, estaban naturalizadas (¿qué podían hacer?). A mí, en cambio, me ofrecieron, por ejemplo, esperar en el consultorio (algo calefaccionado) hasta que llegara la profesional a cargo, y usar los sanitarios internos, de uso exclusivo de los/as profesionales.

²³ En la Introducción comenté con mayor profundidad el devenir del proyecto original.

los cuales resuelven prescribir (o no) la anticoncepción quirúrgica femenina, entre otros métodos anticonceptivos disponibles, que analizo en los capítulos V y VI.

El acceso a ese consultorio fue autorizado por la jefa del servicio, aunque supeditado a la decisión de cada una de las profesionales, quienes tuvieron reacciones diversas: algunas, en cuanto me veían en la sala de espera me invitaban a pasar; otras, sin ningún entusiasmo, me dieron acceso sólo cuando lo solicité.

Al mismo tiempo, preferí acercarme a las mujeres citadas para el día, y hacerles conocer el propósito de mi estadía allí y mi intención de observar las consultas con su consentimiento. Consideré que, de esta forma, sería más fácil rehusarse, que estando frente a un/a médico.

Una estrategia eficiente para conocer las tramitaciones en curso de la ligadura fue el acceso a las fichas médicas de las mujeres citadas cada día para el control de su embarazo o identificadas por la secretaria del consultorio de salud reproductiva cuando se trataba de la primera consulta con motivo de esta práctica.²⁴ En esas fichas se señala quiénes habían solicitado la práctica.

Seguramente el acceso al consultorio se vio en gran medida facilitado por el hecho de ser yo misma una mujer, pero también en función de las múltiples relaciones de desigualdad en las que se inserta este espacio, un servicio público de salud. En este sentido, en las ocasiones en que quedé librada a la dinámica de atención, me encontré dentro del consultorio sin que las mujeres supieran quién era yo, para qué estaba allí y, por supuesto, sin que pudieran rechazar mi presencia. En esas oportunidades, la presentación generalmente quedó en manos de la profesional a cargo del consultorio, y fui introducida como si fuera una integrante más del servicio: "*es una compañera de batalla*", "*es del equipo*". Y pocas veces las mujeres tuvieron oportunidad de consentir o bien de rechazar mi presencia durante la consulta.

²⁴ La posibilidad de esta identificación obedece a la modalidad de organización del consultorio de salud reproductiva, que describo y analizo en el capítulo IV.

Desde la perspectiva de las profesionales, no era una situación problemática. Entendían que por tratarse de un hospital docente, donde los/as estudiantes hacen sus prácticas preprofesionales, y completan su formación médicos/as residentes y concurrentes que rotan por allí, las mujeres estarían acostumbradas a ser vistas por varios/as profesionales a la vez. Sin embargo, como me comentaron en la sala de espera, a muchas les disgusta estar ante varios/as profesionales o "practicantes", como se refirieron a los/as estudiantes o médicos más jóvenes, y más aún ser examinadas físicamente repetidas veces durante la consulta.²⁵ Entendiendo que estas mujeres ocupan una posición desfavorable, naturalizada desde la perspectiva de los/as profesionales, me pareció válido y prioritario, dirigirme a ellas como lo hice las más de las veces, sometiendo a ellas mi posibilidad de acceso y permanencia durante "su" consulta.

Me encontré así registrando minuciosamente condiciones que reforzaban la vulnerabilidad de las mujeres que allí se atendían. En virtud tanto de mis presupuestos teóricos, como de mi experiencia profesional y personal, esto no representó sorpresa alguna, aunque sí un profundo malestar. Poder identificar sus necesidades, temores, indefensión, soledad y maltrato padecido en el servicio marcó en buena medida mi experiencia en el terreno.

Cuando, al realizar la devolución de mis observaciones al equipo, me referí a cuestiones que evidenciaban el descuido por la intimidad durante las consultas,²⁶ el nivel de desatención de los/as profesionales presentes fue marcado, ocupados en comentarios sobre otros temas con sus colegas más próximos. La naturalización de estas condiciones de atención se manifiesta también en expresiones irónicas: en una reunión del equipo, una profesional le avisó a un colega que estaba todo listo para que él procediera con la colocación del DIU en una paciente que lo estaba esperando, alguien lanzó "*con el espejuelo puesto y todo*", y todos rieron.

²⁵ Sin embargo, sólo la profesional dedicada a la atención de adolescentes acostumbraba tomar el recaudo de hacer salir al estudiante que observaba las consultas en ocasión de revisar a las más jóvenes. Las residentes, por el contrario, atendían juntas en un número variable de dos a cuatro profesionales por consulta.

²⁶ Análisis de estos datos en el capítulo IV.

Sin soslayar que para aproximarme a la perspectiva de los sujetos de estudio (profesionales) y sostener relaciones en el tiempo debía suspender juicios de valor, de lo contrario hubiera atentado contra la continuidad de mi trabajo presencial,²⁷ mi registro de estas situaciones expresa el modo en que fue movilizada mi subjetividad²⁸ ante lo que percibía como expresiones más o menos sutiles de violencia por parte del personal de salud.²⁹ Otras veces fueron las duras experiencias y condiciones de vida relatadas por las mujeres, relativas a violencia familiar, maltrato psicológico y físico, abuso sexual, precariedad laboral, dificultades varias para atender a sus hijos, las que me afectaron. Estas experiencias, al mismo tiempo, muestran la fertilidad del trabajo de campo, pues la inmersión cotidiana en las rutinas institucionales sin el compromiso con que los/as profesionales participan de ellas es lo que permite cuestionarlas –desnaturalizándolas– e iluminar sus lógicas.

La cláusula de no intervenir durante la observación de las consultas, autoimpuesta primero y luego acordada con la jefa del servicio, me llevó a permanecer en ese espacio mayormente en silencio. No obstante, participé de diversos modos alterando la interacción médico-paciente. Mientras que las profesionales comprometían su mirada la mayor parte del tiempo con la lectura y llenado de la historia clínica; los resultados y las órdenes de los estudios, y las planillas de estadística, las mujeres solían buscarme con la mirada. Especialmente, éstas se dirigían a mí cuando agregaban información más allá de la solicitada, preguntaban o respondían, acerca de olvidos en la toma de píldoras, o estudios anteriormente indicados pero no realizados aún, o cuando negociaban un tiempo

²⁷ Sin embargo, durante una consulta que hallé especialmente violenta me desvanecí. Sin pretenderlo, terminé desempeñando el “rol del enfermo”, un estado por el que no podía ser responsable, al tiempo que las médicas se comportaron como tales conmigo, a la vez que desatendían a la mujer (abriendo la ventana por mí, ¡con ella aún en la camilla!).

²⁸ Una investigación reciente da cuenta del alcance que la exploración de cuestiones sensibles tiene en la subjetividad de los/as investigadores, y señala diversos sentimientos referidos por los/as entrevistados con los que me identifiqué en mi experiencia de campo: sensación de intrusión en las vidas de otros/as, culpa y vulnerabilidad, autoexposición, extenuación (Dickson-Swift *et al.*, 2007).

²⁹ Y que, de cara a las alteraciones que mi sola presencia producía en las rutinas del consultorio, sospechaba que hubieran sido aún más crudos sin mi participación en la interacción médico-paciente.

–“lo voy a tener que pensar”– para decidir el método que adoptarían. En torno a algunas de estas cuestiones, también las profesionales me involucraron con la mirada. Estas situaciones se constituyeron en objeto de problematización y análisis para esta tesis. Esto sucedía en momentos también particulares, que motivaban y transmitían expresiones valorativas de distinto orden. Podían ser tanto de aprobación ante el “cumplimiento” referido por las mujeres de ciertas pautas de prevención y cuidado de la salud, como de sorpresa, cuando se presentaba la inquietud por la ligadura tubaria en el consultorio general. También de fastidio, indignación y malestar en otras oportunidades, al escuchar y/o reprender a las mujeres por diversos motivos: preguntar por la anticoncepción como si se tratara de un método convencional, “confesar” que no siguen las pautas en el uso del preservativo o solicitar un certificado para justificar la ausencia en el trabajo debido a la reciente colocación del DIU, no considerada motivo de indisposición. Estas miradas me resultaron particularmente incómodas, experimentadas como una suerte de búsqueda de complicidad, de ahí que acostumbraba, casi en un reflejo, a esquivarlas. No así cuando, ante la evidente falta de comprensión, tan común en este espacio, las mujeres me dirigían sus miradas, y las profesionales indagaban si habían formulado mal la pregunta. En varias oportunidades esto me movió, sin proponérmelo, a la intervención explícita, con la intención de aclarar el malentendido.

También intervine aportando algún tipo información y llegué, incluso, a ofrecerme para salir a buscar elementos que hacían falta y a atender el teléfono. Mi respuesta obedecía al temor a que la atención se viera perjudicada.

Sin embargo, aun cuando mi inserción en ese espacio se hubiera limitado a la contemplación, habría sido suficiente para irrumpir en la cotidianidad del servicio. En ocasiones las profesionales me preguntaron acerca de las notas que tomaba, lo que sugiere que mi presencia era experimentada en cierta forma como un elemento de supervisión del desempeño profesional. Al mismo tiempo, otros sentidos fueron asignados a mi observación, sobre la que intentaron intervenir al sugerirme aspectos que debía registrar, muchas veces identificados como fuente de malestar en torno a las condiciones de trabajo. Se referían a la necesidad de tener que dar turnos o buscar las historias clínicas por falta de secretaria, atender a muchas “pacientes de primera vez”, adecuar las prescripciones

del método a la disponibilidad de insumos, etc.

A su vez, el tiempo compartido con las/os profesionales contribuyó a mitigar el distanciamiento original de perspectivas. La percepción de emociones y limitaciones compartidas con profesionales que cotidianamente enfrentaban circunstancias que comprometían, como dijeron, sus sentimientos, aumentó mi compromiso emocional con sus experiencias. Así, al tiempo que me familiarizaba con este espacio, por un lado debí esforzarme por evitar la jerga profesional y, sobre todo, reforzar la vigilancia epistemológica que exige la explicitación y el análisis crítico de las prácticas, las categorías y los sentidos propios de los actores, especialmente de aquellos que podía y llegué a compartir. En este sentido, la identificación que fui estableciendo con algunas profesionales potenció por momentos la dificultad para permanecer en el servicio.

No obstante, me sorprendí al encontrarme, sin proponérmelo, incorporando categorías con que los/as profesionales evalúan la posibilidad de practicar la ligadura, al abordar a las mujeres que la solicitaban. Es más, llegué a experimentar cierto resquemor, como el de los/as profesionales frente a ciertas mujeres que solicitaban la intervención, especialmente con las jóvenes. De hecho, llegué a experimentar “en carne propia” algo de la “responsabilidad” que los/as profesionales argumentaban al considerar la intervención prácticamente irreversible de los cuerpos de mujeres a las que, por diversos motivos, no recomendarían esta práctica.

Asimismo, cuando con cierta presión la jefa del servicio me propuso abordar a las mujeres que estuvieran internadas o en las instancias previas a realizar la ligadura, rechacé esta alternativa: temí que esta alternativa pudiera llegar a funcionar como una suerte de “control” último de la decisión de operarse, o garante de una decisión que se asumiría bien tomada. Así, la inserción en el campo operó en mí subjetividad y cuerpo, de maneras no previstas, forzando un nuevo desplazamiento subjetivo, que a partir de allí me llevó a profundizar mis interrogantes y me obligó a tomar distancia de la mirada de los/as profesionales.

En la "devolución" pactada compartí algunas de mis observaciones y reflexiones. Consideré delicadamente los aspectos que mencionaría o no, sobre todo los críticos, dado que pretendía continuar el trabajo de campo en una segunda etapa. Durante esa etapa posterior intenté actualizar y profundizar las observaciones, así como despejar algunos interrogantes surgidos del análisis de los datos reunidos en la primera fase.

Durante esa jornada de intercambio, las resistencias, las justificaciones, los acuerdos y los cuestionamientos que suscitaron mis comentarios me permitieron profundizar algunos aspectos de la práctica y la perspectiva profesional. En esas reacciones quedaba de manifiesto que mi trabajo de investigación realizado en el servicio había adquirido para los/as profesionales los visos de una mirada de supervisión o control de su desempeño. De este modo, frente a varios de mis comentarios, se detuvieron a explicarme y justificar ciertas prácticas, reforzando mi condición foránea en ese espacio.

Posteriormente, algunas cuestiones que sugerí contemplar, como la posibilidad de fortalecer un trabajo interdisciplinario, y reforzar la cartelería que permitiera mejorar la identificación del consultorio, entre otras cuestiones que hallé deficitarias, fueron retomadas y planteadas a título personal por profesionales del servicio. Cuando fueron ellos/as quienes plantearon alguna de esas cuestiones, no pasaron inadvertidas y gozaron de cierto consenso. Así, a través de este modo de apropiación de las observaciones que compartí, se manifestaba tanto la legitimidad de las voces profesionales en ese espacio, a la vez que mi no pertenencia.

Asimismo, durante mi segunda etapa de campo en el servicio, varias profesionales me comentaron el impacto causado por mis observaciones, y la importancia de contar con ellas, a la vez que expresaron la dificultad de modificar las rutinas aprendidas y sostenidas cotidianamente. Justificaban la persistencia de aspectos y prácticas cuestionadas, quizás porque a partir de aquella exposición de mis observaciones, mi trabajo quedó, como dije, más identificado con una mirada vigilante de las tareas asistenciales. En este sentido, por un lado, fue común que, aun cuando no procuraban respetar el espacio de la consulta –con el gesto de pasar el pestillo para bloquear cualquier intromisión por parte de otras colegas, y por parte de éstas golpear y aguardar para

ingresar- unas y otras se disculparan exageradamente por las interrupciones de este tipo.

Por otra parte, la inserción en ese espacio se tornó más problemática, y algunas relaciones se tensaron. Por ejemplo, ante la formulación de un conflicto entre las profesionales, una de ellas expresó que no quería discutirlo estando yo presente, y otra, durante una consulta, le dijo a la mujer que atendía que yo estaba allí "*para después darnos leña*". Este último comentario muestra un cambio en la forma como la profesional eligió presentarme, a la vez que evidencia una percepción diferente acerca de mi rol y el sentido de mi trabajo allí (antes me había presentado como parte del equipo de salud).

Por último, sobre el trabajo etnográfico tuvo lugar una negociación acerca de sus usos y sentidos hacia el final de esta segunda etapa de campo. Fue cuando la jefa del servicio me solicitó un informe-resumen de las observaciones que formaron parte de aquella devolución, para adjuntar a la postulación del servicio en un concurso que premiaba la "gestión de la calidad de la atención" en salud.³⁰ Esta utilización se basaba en que el trabajo etnográfico constituía, para ella, un antecedente favorable: el hecho de hacer espacio a otra mirada profesional contribuía, *per se*, a elevar la calidad de la tarea asistencial. Su interés en el material solicitado también radicaba en que incluía referencias a cuestiones que ella interpretaba positivamente y a las que, por ello, intentaba promover y darles visibilidad por distintos medios. Frente a este pedido, y la propuesta de presentarme como parte del equipo de salud -credencial que, argumentó, me valdría tener entre mis antecedentes- quedaron expuestas mis limitaciones para negociar. Terminé por colaborar con la entrega de un resumen, en el que no dejé de incluir algunos de los aspectos más críticos sobre las condiciones de atención, y aclaré que mi pertenencia institucional, no se vinculaba al servicio sino a la investigación académica.

Entre 2006 y 2008 realicé entrevistas a profesionales de este servicio y del de ginecología

³⁰ Concurso organizado por la Dirección General Adjunta de Programas Centrales, del Ministerio de Salud del GCBA. Acordamos que le entregaría un resumen de las observaciones que compartí en esa instancia, sin alterar su contenido crítico, y aclarando que no estaba vinculada al servicio.

del mismo hospital: médicos/as tocoginecólogos/as –entre ellos/as, médicos/as de planta, de guardia, residentes y jefes/as de servicio– quienes, en su mayoría, se desempeñan en los distintos subsectores del sistema de salud, y licenciadas obstétricas y de trabajo social. Las entrevistas procuraron relevar los modos que rigen históricamente la administración de la práctica de la ligadura tubaria y los sentidos que ésta adquiere y confronta, y recuperar transformaciones y continuidades.

Siguiendo los recaudos éticos establecidos para la investigación sanitaria, me comprometí a reservar la identidad de los/as profesionales entrevistados. Me refiero con un nombre ficticio a las mujeres con las que conversé en la sala de espera o asistí a sus consultas. En cuanto a los/as profesionales, identifiqué sus declaraciones a partir de la especialidad que ejercen y cargo que ocupan en el servicio donde se desempeñan. Las entrevistas fueron registradas con grabador, previo consentimiento, y transcritas de acuerdo con pautas precisas.³¹

El *corpus* normativo que analizo en el capítulo II,³² surge de las referencias realizadas por los propios actores a medida que se fue definiendo el problema político del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina.

Los expedientes administrativos fueron reunidos a través de una búsqueda en el sistema informático (base de datos) de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y posterior desarchivo de expedientes.³³ El permiso de acceso a la base y a los propios

³¹ Las entrevistas fueron convertidas en texto bajo pautas estandarizadas de desgrabación (*cursivas*: énfasis; (...): no se comprende; (entre paréntesis): observaciones nuestras; cor-: palabra cortada, interrumpida por el propio entrevistado/a; se-pa-ra-ción: separación rítmica de palabra o frase; A: pregunta o intervención mía – antropóloga–; M: médica/o; L.: licenciada; F: funcionario/a; [...]: supresión de un fragmento). Las entrevistas fueron tomadas algunas de manera individual, otras, conjunta.

³² Las normas citadas allí –leyes, resoluciones, decretos, disposiciones, fallos– fueron obtenidas a través de la Secretaría Legal y Técnica del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante GCBA): www.buenosaires.gov.ar, a excepción de la resolución 874/03 de la Secretaría de Salud, provista por la Defensoría del Pueblo de la ciudad. También fueron revisadas las versiones taquigráficas de las sesiones de la Legislatura porteña por la ley 418 y la Convención Constituyente. Éstas fueron obtenidas a través de la web de la Legislatura porteña: www.legislatura.gov.ar y el sistema de información legislativa del Ministerio de Economía y Producción: www.infoleg.gov.ar, respectivamente. A través de este sitio también accedí a la versión taquigráfica del debate en el Senado acerca del proyecto de ley sobre anticoncepción quirúrgica.

³³ La búsqueda de expedientes en los archivos de la Defensoría se realizó entre los meses de mayo y septiembre de 2006, a través de varias palabras clave a fin de hallar la mayor cantidad posible de actuaciones

expedientes fue obtenido en una entrevista personal con el funcionario responsable del área “Derecho a la Salud e Integración Social”, donde se tramitaban estos casos, y con la empleada que llevaba adelante la gestión de estas actuaciones, previo contacto telefónico con ella. El siguiente cuadro muestra, por cada año del período considerado: a) la cantidad total de actuaciones iniciadas;³⁴ b) las abordadas a partir de los documentos “cargados” en el sistema (sólo los documentos elaborados por la propia Defensoría), y c) las que fueron revisadas exhaustivamente a través del acceso a los expedientes físicos (desarchivados a pedido mío):

Relevamiento de actuaciones por solicitud de ligadura tubaria en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

AÑO	TOTAL DE ACT. INICIADAS (a)	ACT. VISTAS EN EL SISTEMA (b)	ACTUACIONES REVISADAS (c)
2000	7	5	2
2001	13	5	3
2002	21	7	6
2003	15	7	5
2004	13	6	3
2005	6	4	1
TOTAL	75	34	20

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la Defensoría.

La búsqueda de jurisprudencia sobre la práctica de la ligadura tubaria³⁵ fue realizada a través del sitio oficial del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para el período 2000-2005. En principio, se buscó entre la jurisprudencia generada por el Tribunal Superior de Justicia de la CABA, sin encontrar fallos de este tribunal sobre el tema aquí tratado.

iniciadas con motivo de la solicitud de realización de ligadura. La búsqueda: ligadura, ligamento, ligamiento, esterilización quirúrgica, trompas, Falopio. Arrojó un total de 75 actuaciones para el período 2000-2005. El trabajo de archivo en esta Defensoría fue concluido de acuerdo con el criterio de “saturación teórica” (Castro, 1996).

³⁴ La Defensoría denomina “actuaciones” los trámites o expedientes allí iniciados. Todos estos términos se utilizan aquí como sinónimos.

³⁵ Búsqueda realizada en www.jusbaires.gov.ar por entrada de palabras clave (alguna de las siguientes: ligadura, tubaria, trompas, Falopio), el 7 de noviembre de 2006.

Por otra parte, realicé una búsqueda de resoluciones originadas en tribunales de menor rango (juzgados de primera instancia y cámaras de apelación) en la base de jurisprudencia del Fuero en lo Contencioso Administrativo y Tributario³⁶ (en adelante Fuero CAyT), fuero propio del Poder Judicial de la ciudad,³⁷ donde es pertinente la presentación de recursos amparo, procedimiento típico para iniciar al trámite judicial de solicitud de la práctica de la ligadura tubaria. La búsqueda en todas las actuaciones del total de expedientes contenidos en esta base (esto es, no sólo en el título o síntesis), produjo sólo un caso³⁸ vinculado al problema del acceso a la ligadura de trompas iniciado y resuelto dentro del período señalado, mientras que otros seis fueron descartados por no estar relacionados con el tema indicado o exceder el recorte temporal. Sin embargo, uno de los expedientes descartados³⁹ –por no haber sido resuelto dentro del período seleccionado, y vuelto abstracto en virtud de la nueva legislación respecto de la anticoncepción quirúrgica⁴⁰ que contó con el patrocinio del Defensor Oficial, me llevó a indagar en la gestión de la Defensoría ante Juzgados de 1ª Instancia del Fuero en lo Contencioso Administrativo y Tributario⁴¹ (en adelante Defensoría CAyT) sobre solicitudes de acceso a la práctica de la ligadura.⁴² Para completar la recolección de documentos del circuito judicial incluí una búsqueda en el fuero civil de la justicia federal en la ciudad de Buenos Aires,⁴³ donde generalmente se interponen las medidas referidas a prácticas médicas, sin hallar antecedentes.⁴⁴

³⁶ <http://www.basefuero-cayt.gov.ar> (búsqueda a través de las mismas entradas y fecha de la nota anterior).

³⁷ Este fuero funciona desde el 2 de octubre de 2000.

³⁸ Exp. 3.838/0 (ingresado el 29-10-01 ante el Juzgado de 1ª Instancia en lo CAyT N° 6).

³⁹ Exp. 16.228/0 (ingresado el 18-04-05 ante el Juzgado de 1ª Instancia en lo CAyT N° 3).

⁴⁰ La ley nacional 26.130/06.

⁴¹ Esta Defensoría pertenece al Ministerio Público de la Defensa, del Poder Judicial de la ciudad de Buenos Aires.

⁴² Desde su creación, tuvieron lugar sólo cinco presentaciones ante esta Defensoría, y el mencionado caso era el único que había alcanzado instancia judicial hasta ese momento.

⁴³ La búsqueda se hizo a través de la base de jurisprudencia de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil www.pjn.gov.ar.

⁴⁴ La falta de antecedentes indica que las demandas fueron resueltas en primera instancia (sin que ninguna de las partes intervinientes apelara el fallo). La recolección podría completarse con una búsqueda en el ámbito de los juzgados, los que no cuentan con bases de datos publicadas.

De modo complementario, realicé entrevistas en profundidad y charlas informales con personal de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, y de la Defensoría CAyT a cargo del seguimiento de estos trámites. En esta última agencia, realicé una entrevista, acordada telefónicamente, con la secretaria del Defensor Oficial, una especialista en derecho que se desempeña en esta función desde la creación del Fuero CAyT y su Defensoría.

En la Defensoría del Pueblo entrevisté, de la gestión actual, al funcionario y la empleada antes mencionados. De la gestión anterior, cuando el tratamiento de estas actuaciones estaban a cargo de la Adjuntía en Derechos Humanos y Equidad de Género (que llegó, en el período aquí considerado, hasta mayo de 2004), entrevisté a una de las empleadas que actualmente se desempeña en otra área de la Defensoría. Las pautas de las entrevistas giraron en torno a las actividades de la Defensoría en el campo de la salud y los derechos reproductivos, en general, y al tratamiento de las solicitudes de realización de ligadura de trompas, en particular. Esta estrategia contribuyó a revelar ciertas lógicas en la gestión de este tema por parte de éstos y de otros agentes.

El análisis del tratamiento de reclamos presentados ante cualquiera de estas Defensorías se refiere mayormente a los trámites iniciados en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Esto obedece a que privilegié el trabajo de campo en los archivos de este organismo debido a su activa participación en el tratamiento de la cuestión. Al mismo tiempo, y como consecuencia de esta focalización empírica, fue escaso el material que surgió del circuito judicial local.⁴⁵

El *corpus* de análisis también estuvo integrado por las siguientes fuentes:

- Datos producidos por el servicio (bases y trabajos científicos), fichas e historias

⁴⁵ Tampoco fue posible hallar cita alguna de jurisprudencia local en la materia en la versión taquigráfica de la 18ª sesión ordinaria de la Legislatura porteña –13 de julio de 2006–, donde se discutió un proyecto de declaración en adhesión a proyectos de ley sobre la habilitación de las prácticas de anticoncepción quirúrgica que eran tratados en la Cámara de Diputados de la Nación (expediente 1685-D-06). Sin embargo, en aquel documento se menciona, entre los fundamentos, la práctica instituida entre los efectores públicos de salud, de solicitar venia judicial para proceder con la práctica de ligaduras de trompas y vasectomías, calificada de discriminatoria.

clínicas de pacientes del servicio.

- Materiales de comunicación e información (cartelería y folletería) disponibles en el servicio, producidos por distintos organismos.
- Estadísticas de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y nacionales.
- Principales medios de comunicación nacionales (prensa escrita): *Clarín, Página 12, La Nación.*
- Páginas Web de distintas organizaciones “interesadas” en el tema: entidades que nuclean profesionales de las especialidades médicas de ginecología y obstetricia (Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad de Ginecología y Obstetricia de la provincia de Buenos Aires (SOGBA), Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP), Asociación Obstétrica Argentina); Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales; Católicas por el Derecho a Decidir; Notivida, etc.

En el próximo capítulo, reconstruyo históricamente la definición del problema político del acceso a la ligadura tubaria en la ciudad de Buenos Aires, que dio lugar a la elaboración de un esquema jurídico de carácter nacional, particularmente problematizado por los/as profesionales de la salud, y que es tensionado a través de las prácticas cotidianas frente a los pedidos de las mujeres, como se verá a lo largo de la tesis.

CAPÍTULO II

LA CONSTRUCCIÓN DE LA LIGADURA TUBARIA COMO PROBLEMA POLÍTICO Y DE POLÍTICA ESTATAL

En este capítulo analizo el proceso de construcción de la práctica de ligadura tubaria como problema político y de política estatal. El seguimiento cronológico de los aspectos jurídico-normativos de la política pública en torno del acceso a ella revela algunos núcleos de sentido sobre los que operan procesos socioeconómicos, políticos e ideológicos. Tales núcleos son: la "cuestión demográfica"; la restricción legal de las prácticas médicas "esterilizantes" y la "judicialización" e impacto de la mortalidad materna por aborto, que como expresión de la desigualdad social, implica condiciones de mayor vulnerabilidad para las mujeres de sectores populares. Desde representantes y funcionarios/as de distintos poderes y órganos del Estado, tanto en los ámbitos nacional como local, y de entidades autárquicas como la Defensoría del Pueblo, hasta militantes del movimiento de mujeres, profesionales de la medicina y la curia católica, participaron de la discusión, negociación y definición que más recientemente llevó a la liberalización jurídica formal de esta práctica.

De la herencia eugenésica, pronatalista/maternalista y católica a los "derechos sexuales y reproductivos"

El "problema de la población" acompañó, como a otros Estados modernos surgidos entre los siglos XVIII y XIX, la formación del Estado argentino. La población era concebida como capital económico, militar y político de un territorio construido bajo la imagen de un país "desierto",⁴⁶ situación que era necesario revertir para consolidar y preservar la soberanía nacional. Con esta intención se procuró aumentar su caudal humano a través de

⁴⁶ Noción que encubre la desvalorización de las poblaciones nativas, las mestizas y ciertos contingentes migratorios, y las campañas genocidas que tuvieron por blanco a las primeras.

la promoción de la inmigración, resumida en el lema de Juan Bautista Alberdi: “gobernar es poblar”.⁴⁷

La propuesta poblacionista se combinó con el pensamiento eugenésico de la época que, en el caso local, se caracterizó por una impronta “transformista”. Se apuntaba a generar una “raza argentina”, numerosa y de calidad, a través de la “regeneración racial”, que implicaba intervenciones en el medio físico, social y moral, y la “puericultura”, a la vez que se condenaba el control de la natalidad (Nari, 2004). Las mujeres fueron responsabilizadas por el fenómeno de la “desnatalización”,⁴⁸ y se convirtieron en blanco de campañas y políticas que reforzaban un ideal de mujer realizada a través de la maternidad (Nari, 2004).

Los proyectos eugenésicos se vieron limitados por el poder político de la Iglesia Católica, y su gravitación en la corporación médica. De este modo, las prácticas esterilizantes no se presentaron como alternativas potables, puesto que para la Iglesia constituyen “ataques a la dignidad humana” y atentan contra los “deberes del matrimonio canónico”.⁴⁹

Durante la segunda posguerra, en un contexto mundial marcado por la militarización y la competencia de la Guerra Fría, y un fuerte crecimiento demográfico, fue reactualizada la tesis malthusiana de fines de siglo XVIII. El aumento de población definida como en condiciones de “subdesarrollo” fue objeto de preocupación en los países centrales visto como “amenaza” de “subversión” social y política. En ese marco se consolidó el argumento que asociaba el desarrollo de las naciones al control de sus índices de población,⁵⁰ especialmente necesario en el “tercer mundo” (o control de la “bomba

⁴⁷ La frase surge de su obra *Las bases y puntos de partida para la organización política de la República Argentina*, Buenos Aires, La Cultura Argentina, 1928 (1852), citado en M. Nari (2004).

⁴⁸ Para ese entonces se había completado un rápido proceso de transición demográfica iniciado en la última década del siglo XIX (Torrado, 1993), situación que coincidió con la merma de la inmigración debido a la crisis mundial.

⁴⁹ También los dictados papales contribuyeron a esta limitación: en aquel tiempo, con motivo del aumento mundial de las esterilizaciones, la encíclica *Casti Connubii* (1930) condenaba esta práctica y la del aborto, aun el terapéutico (Felitti, 2009).

⁵⁰ El financiamiento externo quedó supeditado a la adopción de políticas que promovieran el control demográfico.

poblacional”).⁵¹ Durante esos años se afirmó un movimiento internacional de promoción de la “planificación familiar”, en el que participaron una serie de agencias privadas tales como la International Planned Parenthood Federation (IPPF), la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller, entre otras. Finalmente, fue reconocido el “derecho humano fundamental” de los padres a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean y cuándo desean tenerlos.⁵²

En nuestro país, debido a su baja densidad demográfica, la “planificación familiar” fue resistida y cuestionada por sectores de distinto signo político. Los más conservadores vieron un ataque a la “nación católica”, mientras que la izquierda la consideró otra forma de “imperialismo yanqui”. En esos años la dictadura militar encabezada por el General Onganía⁵³ incluyó la regulación de las “esterilizaciones”, mediante el dictado de la ley nacional 17.132/67, que reglamentó el ejercicio profesional de la medicina, la odontología y las actividades de colaboración. En ella se prohíbe *“practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”* (art. 20, inc. 18).

Surgida de un gobierno perpetrador de violencias varias, autoproclamado defensor de la “sociedad cristiana occidental”, esta ley expresa una más de las contradicciones de aquel régimen. De hecho, en esos años las actividades de planificación familiar se expandieron, básicamente de la mano de la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF) y otras agencias o personas particulares (Felitti, 2009).⁵⁴ Según María Alicia Gutiérrez (2004) la prohibición de las prácticas anticonceptivas quirúrgicas en aquel entonces, obedecería a los límites que la moral católica y la presión política de su Iglesia, han supuesto para las

⁵¹ En el seno de las Naciones Unidas (ONU), la relación entre crecimiento demográfico y desarrollo económico se constituyó en un tema central de la agenda de la Asamblea General, y se realizaron las primeras conferencias de población: Roma (1954), Belgrado (1965). Ver Felitti (2009).

⁵² Durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, Irán (ONU, 1968).

⁵³ 1966-1970.

⁵⁴ La autora se refiere a la reforma de los Códigos Civil, Comercial y Criminal. Con ella, se estableció la capacidad plena de las mujeres más allá de su estado civil, se equiparó a los sexos en cuanto a derechos civiles, y propiedad matrimonial, estableció la posibilidad de separación legal de mutuo consentimiento y amplió las causales de despenalización del aborto, entre otras. Paralelamente, se fijó el uso obligatorio para las mujeres casadas del apellido del marido (Felitti, 2009).

políticas públicas que refieren a cuestiones de sexualidad, reproducción, familia y educación.

La AAPF, fue fundada en 1966, por médicos/as de la ginecología y la obstetricia, preocupados por la incidencia del aborto y promotores de la "paternidad responsable" y el derecho de las parejas, y especialmente de las mujeres, a decidir sobre su reproducción. Más tarde, esta institución fue integrada formalmente a la red de instituciones financiadas por la IPPF. Sus actividades comprendieron la formación en la atención y prescripción de los métodos anticonceptivos modernos, como las píldoras que recién llegaban al país, y el dispositivo intrauterino. Tenían lugar en hospitales públicos y centros privados, pese a la oposición de diversos sectores (Felitti, 2009).

Pasados algunos años, estas actividades se vieron limitadas, primero, por el decreto 659/74⁵⁵ del gobierno peronista, y luego por el decreto 3.938/77 de la última dictadura militar. Mediante estas medidas, se prohibían las actividades de control de la natalidad, argumentando la necesidad política de mejorar el crecimiento demográfico. Desde ese momento, varios consultorios de servicios públicos fueron cerrados o pasaron a trabajar en las sombras, dificultando la asistencia para los sectores populares (Balán y Ramos, 1990; 1989). Paralelamente, estos decretos desalentaron entre los/as profesionales la dedicación a actividades médicas de planificación familiar por temor a sufrir consecuencias legales y políticas (Llovet y Ramos, 1986).

Al retorno de la democracia, en los años ochenta, se visibilizaron las demandas del movimiento de mujeres, y las cuestiones asumidas en el marco de las estrategias de "planificación familiar" se inscribieron en el campo de los "derechos humanos fundamentales". En el plano internacional, durante los años setenta y ochenta, las movilizaciones de grupos de mujeres y feministas en torno a la demanda de anticonceptivos y aborto legal y seguro fueron consolidando la noción de "derechos reproductivos" en parte de los países industrializados. Desde la óptica de esos grupos,

⁵⁵ Contrariamente a la posición asumida en la Conferencia de Población realizada en Bucarest (1974), donde el gobierno argentino suscribió el Plan de Acción, que rechazaba el empleo de medidas coercitivas, y sólo se opuso a los programas de planificación familiar que privilegiaban la esterilización y el aborto (Felitti, 2009).

estos derechos se referían a la libertad para decidir acerca de si tener o no hijos, cuántos y cuándo tenerlos, a la vez que ampliaban la perspectiva de la “planificación familiar”. En el discurso, estos derechos eran vinculados explícitamente a la noción de “autonomía” y libertad de elecciones de las mujeres, apelando al orden de género, es decir, llamando la atención para el reconocimiento de relaciones de subordinación y discriminación de éstas y reivindicando la equidad de género (Corrêa, 1997). Los “derechos reproductivos” fueron consagrados en los noventa en conferencias auspiciadas por la ONU,⁵⁶ ligados a la noción de “salud reproductiva”, ya legitimada por la Organización Mundial de la Salud, y a los derechos humanos (Cook, 1994).⁵⁷

En este contexto internacional de reconocimiento de derechos, la dictadura local suscribió la “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la mujer”,⁵⁸ pero para su sanción legal⁵⁹ hubo que esperar algunos años, entrada ya la democracia. Recién en 1986 el decreto 2.274 derogó los decretos restrictivos de los años setenta. Este decreto es un hito significativo en la gestión de la sexualidad, y especialmente en los modos de abordar la procreación, por cuanto, aun cuando no apelaba explícitamente a la noción de “derechos reproductivos”, y argumentaban razones de salud pública, reconoció formalmente, por primera vez, “el derecho de la pareja a decidir

⁵⁶ La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Los documentos surgidos de estos encuentros se encuentran disponibles en www.un.org.

⁵⁷ Posteriormente, y sobre todo en Estados Unidos, la alianza política de los movimientos feministas, gays y lésbicos, impulsó la noción de “derechos sexuales”, que refiere al derecho a la autodeterminación sexual, es decir, a disfrutar de la propia sexualidad, incluidas las orientaciones distintas de la heterosexual dominante, sin discriminación, coerción ni violencia (Corrêa, 1997).

⁵⁸ Su sigla en inglés es CEDAW, por Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, y suscripta por la Argentina el 17 de julio de 1980.

⁵⁹ Fue sancionada por la ley 23.179 en 1985 (decreto 964) y adquirió rango constitucional con la reforma de la Carta Magna en 1994 (incorporada junto con otros tratados y pactos internacionales en el art. 75, inc. 22). En su art. 16 establece que los Estados se comprometen a adoptar medidas que “aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos”. A partir de la firma de la CEDAW, el Estado nacional es responsable de su seguimiento a través del Consejo Nacional de la Mujer. Si bien se firmaron en el año 2000 el Protocolo Opcional de la CEDAW y en 2002 su Protocolo Facultativo, este último luego fue objetado y recién en marzo de 2007, después de ser aprobado por el Senado, fue ratificado por decreto presidencial, en la gestión de Néstor Kirchner.

libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos". Establecía, además, acciones de difusión y asesoramiento sobre anticoncepción a cargo del Ministerio de Salud de la Nación.

En la ciudad de Buenos Aires, al año siguiente de aquel decreto, el gobierno municipal puso en marcha el "Programa de Procreación Responsable", en 1987. Esta iniciativa fue la primera experiencia oficial en el país basada en el reconocimiento de las personas a decidir sobre sus pautas reproductivas y en el deber del Estado de posibilitar los medios para ejercer ese derecho, a través de información y asistencia en anticoncepción.⁶⁰ Posteriormente, el Programa fue políticamente respaldado por la ley de salud reproductiva y procreación responsable (418/00), de la cual tomó su nuevo nombre. El debate legislativo se dio en un clima tenso pero más favorable al ejercicio de la sexualidad no reproductiva, en el marco de una política pública que reconocía explícitamente los "derechos sexuales y reproductivos".

La resistencia no tardó en manifestarse cuando en la convención constituyente de esta ciudad se planteó la incorporación de los "derechos reproductivos y sexuales" como *"derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos"*, tal como quedó explicitado en el art. 37 de la Constitución de la Ciudad (1996). Varios miembros ideológicamente próximos a la posición de la Iglesia Católica se opusieron, sosteniendo la jerarquía interna de los derechos humanos, en lugar de la postulada indivisibilidad de éstos, al tiempo que ubicaban en su cima el "derecho a la vida". Se intentaba cerrar toda posibilidad de habilitar cuestiones críticas referidas a la sexualidad, en especial el aborto y la incorporación de métodos anticonceptivos considerados abortivos, al tiempo que se acusaba la existencia de metas demográficas (antinatalistas). No faltaron presiones de distinto tipo por parte de la Iglesia y de miembros de los grupos laicos "Pro-Vida" hacia los/as estatuyentes que promovían la incorporación de estos derechos (Gutiérrez, 2004).

⁶⁰ En un principio, el Programa fue implementado en sólo cuatro hospitales públicos y paulatinamente se fueron incorporando más instituciones sanitarias.

En el plano nacional, fueron presentados proyectos de ley sobre salud reproductiva, sin que llegaran a tratarse o sancionarse. No obstante, el clima de debate abierto durante el tratamiento de uno de ellos,⁶¹ los acuerdos internacionales logrados en El Cairo y Beijing, y las acciones de sensibilización emprendidas por el movimiento de mujeres, contribuyeron a la discusión y aprobación de leyes y programas provinciales y municipales de salud reproductiva (Gutiérrez, 2004; CEDES, 2003).

El proceso de reconocimiento y “transnacionalización de derechos” visto hasta el presente, se sitúa en las condiciones históricas particulares de nuestro país, donde se combinan las tensiones del retorno de la democracia formal, un proceso de retracción de los organismos del Estado responsables de las políticas públicas hacia las mujeres⁶² y la agudización de las desigualdades sociales,⁶³ sobre todo en la década de 1990⁶⁴ (Ciriza, 2002). Como señaló Alejandra Ciriza (2002), la implementación a nivel nacional de una política que reconoce y brinda ciertos medios para ejercer el derecho a decidir sobre la propia reproducción se dio en un contexto de extrema conflictividad y precariedad social, cuando se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a través de la ley 25.673.⁶⁵ El Programa surgió de una iniciativa de ley durante 2001, que logró el consenso necesario para su sanción en la Cámara de Senadores en octubre de 2002. Entre sus objetivos,

⁶¹ Proyecto presentado por un grupo de diputadas junto con la organización de mujeres MADEL (Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad) que fue aprobado en 1995 por la Cámara de Diputados, pero una vez en el Senado se venció el tiempo parlamentario para su tratamiento.

⁶² Refiriéndose a los avatares sufridos por estos organismos desde su creación, a partir de las relaciones de dependencia política, desjerarquización y reducción presupuestaria.

⁶³ Estadísticas oficiales sobre la distribución de indicadores de salud sexual y reproductiva en nuestro país muestran un perfil epidemiológico que manifiesta condiciones sociales de marcada desigualdad. Sólo a modo de ejemplo, la tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos en el año 2003 para el total del país fue de 4,4 (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/OPS, 2006). Sin embargo, el dato desagregado por jurisdicciones indica una importante brecha entre la ciudad de Buenos Aires, donde la TMM fue de 1,2 y las provincias de La Rioja (16,9) y Formosa (13,5), las que, de acuerdo con los indicadores socioeconómicos, se ubican entre las más desfavorecidas. El porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas en el año 2001 en la ciudad de Buenos Aires era del 7,8%, en Formosa del 33,6% y en La Rioja del 20,4% (Ministerio de Salud, 2006, fuente: INDEC 2003). Al mismo tiempo, un estudio reciente muestra que el seguimiento de la mortalidad materna en el período 1980-2002 da cuenta del impacto generalizado pero desigual del contexto político y económico sobre este indicador, en las distintas provincias argentinas (Ramos *et al.*, 2004).

⁶⁴ Para una caracterización de los procesos de exclusión social de los años noventa en Argentina, véanse Lozano (2001) y Fleury (1998).

⁶⁵ Decreto 1.282/03, publicado en el *Boletín Oficial* el 26 de mayo de 2003.

se propone “garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable” (art. 2, inc. f) y especifica que los métodos y elementos anticonceptivos “deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios” (art. 6, inc. b).

También la ley 418/00 había establecido que los métodos anticonceptivos que serían puestos a disposición de la población debían ser reversibles, transitorios y no abortivos.⁶⁶ Las posturas más conservadoras, particularmente legisladores/as de convicciones católicas,⁶⁷ reiteraron la oposición al aborto y el carácter abortivo de algunos métodos, básicamente del DIU. Proponían incluir la “objección de conciencia”⁶⁸ para no obligar a los profesionales a informar y/o prescribir algunos de ellos. Finalmente primó la obligación de los/as profesionales de explicitar el listado de métodos disponibles y enumerar las alternativas posibles más allá de las convicciones del profesional. La definición del carácter reversible y transitorio de los métodos, puesto en duda o abiertamente negado en el caso de las intervenciones quirúrgicas, como ligadura tubaria y vasectomía, llevó a la exclusión de estas prácticas de entre las previstas por sendos Programas.

A continuación, abordo las prácticas de distintos actores sociales en torno a este esquema jurídico inicial, y analizo en profundidad el “Consenso de Expertos sobre Ligadura Tubaria”, iniciativa para la discusión de la reglamentación de esta práctica, motorizada

⁶⁶ El aborto está tipificado en el Código Penal de la República Argentina como delito contra la vida. La despenalización está prevista en caso de ser practicado por un médico diplomado y con el consentimiento de la mujer si es para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre que no puede ser evitado por otros medios, o si el embarazo resulta de la violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente, caso en el que se requiere el consentimiento de su representante legal (Libro Segundo, Título I, Capítulo I, arts. 85 a 88).

⁶⁷ A diferencia del posicionamiento de la Iglesia Católica, el dictamen de mayoría que finalmente fue aprobado contó con el apoyo de Iglesias y Organizaciones Ecuménicas.

⁶⁸ La “objección de conciencia” es “una forma de desobediencia jurídica” que implica que, en virtud de sus imperativos éticos (religiosos o no), las personas pueden, con su conducta u omisión, contrariar la ley. Para el caso de las prácticas médicas, la Argentina reconoce –aunque de manera dispar entre jurisdicciones, especialidades y materias de salud– como un derecho de quienes se desempeñan en este campo (Navarro Floria, 2006: 314).

por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.⁶⁹

De la prohibición y la mediación judicial a la búsqueda de consenso y la reglamentación

Aun cuando la ligadura tubaria estaba en líneas generales legalmente prohibida, las mujeres no dejaron de solicitarla y practicarla. De hecho, esta práctica estuvo “desde siempre” disponible en el sector privado mientras que su acceso fue históricamente obstaculizado en las instituciones públicas de salud, según expresaron varios/as profesionales entrevistados y otros actores sociales.⁷⁰ Entre los/as profesionales de la salud que se desempeñan en las instituciones públicas, se arraigó la práctica de exigir resolución judicial para realizar esta intervención, cuando no se negaban, sin más, en virtud del marco jurídico que establece el espectro de prácticas médicas lícitas.⁷¹ Consideraban que al implicar la ligadura tubaria el cercenamiento de la capacidad reproductiva de la mujer, esta práctica se encontraba regulada, además de por la ya mencionada ley 17.132/67, por el Código Penal (1921).⁷² Este último, en su libro sobre delitos, se refiere a las lesiones que produzcan *“la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir”* (art. 91).

Algunas mujeres llegaron a plantear sus pedidos de ligadura tubaria de manera

⁶⁹ Esta Defensoría es un órgano de promoción de derechos y control sobre el Estado, ente autónomo y autárquico creado por el art. 137 de la Constitución de esta ciudad. Una de sus capacidades es la de iniciar investigaciones sumarias y acciones judiciales en caso de violación –por acción u omisión– de derechos. Sus oficios y resoluciones, si bien no son vinculantes, exigen, de parte de la autoridad interpelada, una respuesta acorde dentro de plazos fijados legalmente sin oponer reserva alguna (Ley Orgánica n° 3 de la Defensoría del Pueblo de la CABA, art. 31).

⁷⁰ Analizo las prácticas y los sentidos que organizan los modos diferenciales de tratamiento en uno y otro espacio en el capítulo V.

⁷¹ Realizo aquí una apretada síntesis de lo trabajado en la tesis de maestría (del Río Fortuna, 2007a), para recuperar etnográficamente los años en los que la gestión de la ligadura tubaria adquiría, como se irá desplegando, similitudes y diferencias con su modalidad contemporánea.

⁷² Si bien estas normas también aplican para la práctica de ligadura de conductos deferentes o vasectomía, ésta no constituye una cuestión socialmente tan problematizada como la ligadura tubaria, y cuya demanda es menor. No obstante, exige un análisis que excede el alcance de esta tesis.

individual en instancias judiciales o administrativas.⁷³ Las presentaciones ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires fueron en aumento en torno al cambio de milenio.⁷⁴ Frecuentemente eran los propios profesionales quienes “*en vez de requerir la autorización judicial enviaban a las pacientes a la Defensoría del Pueblo a fin de que este organismo emitiera una resolución particular para cada caso*”.⁷⁵

Al considerar que la exigencia de autorización judicial excedía lo establecido por esta ley, y a fin de orientar los lineamientos que una reglamentación para los servicios públicos de salud podría seguir, la Adjuntía en Derechos Humanos y Equidad de Género de esta Defensoría impulsó la realización del “*Consenso de Expertos sobre Ligadura Tubaria*”, organizado junto con la Secretaría de Salud del GCBA. A continuación analizo los fundamentos y las estrategias relacionados con esa iniciativa. Luego abordo los principales ejes de debate y el documento allí acordado, y, finalmente, su apropiación y reelaboración ministerial.

Acerca de la convocatoria: fundamentos y especialistas

El encuentro, realizado el 30 de mayo de 2000, se fundamentó en la *expertise* reconocida de los/as participantes y la pluralidad de saberes involucrados, haciendo gala de la dificultad que un equilibrio de opiniones como el conseguido, había implicado. Se esperaba, a través de las exposiciones y el debate, arribar a acuerdos mínimos para un tratamiento general del acceso a la ligadura tubaria establecido a través de una eventual norma. Participaron del encuentro 8 profesionales médicos/as; 7 especialistas en derecho (entre abogados/as, juez y jueza); 3 profesionales de humanidades (socióloga, antropóloga y filósofa); 1 de

⁷³ El *corpus* de análisis es básicamente el material reunido en los archivos de la Defensoría del Pueblo, por los motivos explicados en el capítulo anterior.

⁷⁴ Los datos, se recuerda, surgen de una investigación que contempló el período 1998-2002, en el que la mitad de los reclamos iniciados en esta agencia relacionados con temas de salud reproductiva obedecían a la solicitud de la práctica de ligadura tubaria.

⁷⁵ Extraído de la resolución 1.217/03 de la Defensoría del Pueblo de esta ciudad. En efecto, este canal fue el utilizado por el servicio donde realicé el trabajo de campo siempre que se considerara a la ligadura como la “*indicación terapéutica*” pertinente (analizo esta dinámica de organización del acceso en el próximo capítulo).

biología, y 2 diputadas y 1 diputado (presidenta e integrante y vicepresidente respectivamente) de la Comisión de salud de la Legislatura porteña. Contó, además, con la presencia de autoridades y/o representantes de las instituciones convocantes en distintos momentos de la jornada. Hubo entre los/as invitados, quienes interpretaron críticamente la abrupta mayoría de profesionales de la medicina y el derecho por sobre otros saberes involucrados en el tema, bogando a su vez por la consideración de otras perspectivas.⁷⁶

Coordinaron la actividad dos asesores de la Defensoría (uno de ellos luego sería el Jefe del Área de Derecho a la Salud e Integración Social al momento del trabajo de campo), y la jefa de la unidad de obstetricia del hospital "referente" (que luego sería su directora), presentada por el desempeño de ese cargo y como presidenta de la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).⁷⁷ A ella se reservó la exposición final.

En esa oportunidad, la Defensoría cuestionó activa y abiertamente los criterios de reglamentación de la anticoncepción quirúrgica femenina propuestos por la Procuraduría General de la Ciudad de Buenos Aires⁷⁸ a instancias de la Defensoría.⁷⁹ Con ese fin, la Defensoría extendió a los/as especialistas convocados una resolución posterior (223/00) en la que instaba a la Secretaría de Salud a desestimar algunos de los criterios sugeridos por

⁷⁶ La búsqueda de contenidos sobre esta práctica en Internet revela el lugar central que acerca del tema adquiere su regulación formal: las normas están presentes en los *sites* oficiales de diversos órganos de gobierno de distintas jurisdicciones (Cámaras de Diputados y Senadores de la Nación, gobiernos provinciales, defensorías públicas de distintas jurisdicciones, INADI, entre otros), y cuando se trata de novedades legislativas son comentadas por periódicos de alcance nacional y provinciales. Asimismo, sobre ellas se manifiestan diversos actores sociales interesados en el tema: grupos católicos, diversidad de agrupaciones de mujeres, feministas, y de defensa de derechos humanos, colegios profesionales de abogados, colegios y sociedades médicas de ginecología y obstetricia. Los contenidos allí referidos serán analizados oportunamente.

⁷⁷ La AASSER se constituyó en 1998, integrada por un grupo de ginecólogos/as y obstetras "históricos" de la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF). Aller Atucha (2006) <http://www.kinsey.com.ar/noticia.php?id=346>.

⁷⁸ Ejercía como procuradora la Dra. Daniela Ugolini, recientemente promovida por el actual jefe de gobierno como candidata al Tribunal Superior de Justicia porteño. Su candidatura, todavía vigente, fue ampliamente impugnada por organizaciones sociales y de derechos humanos que argumentan que no reúne las condiciones de "*idoneidad técnica y moral, independencia de criterio y compromiso con los derechos humanos*" que el cargo exige (Diario *Crítica*, 26 de octubre de 2009).

⁷⁹ Agencia que le remitió su resolución 26/00 para que se expidiera al respecto.

la Procuraduría General, también allí presente.⁸⁰ Éstos eran el requisito del consentimiento escrito de la mujer, dos testigos de la rúbrica y, cuando se tratara de mujeres casadas, el consentimiento de su cónyuge.⁸¹ Establecía, además, que una comisión formada por tres profesionales de los servicios de ginecología y/u obstetricia fuera la responsable de evaluar, en cada caso, si ameritaba la práctica solicitada.

Frente a estas condiciones para el acceso a la ligadura tubaria, la resolución 223/00 de la Defensoría del Pueblo recomendaba no incorporarlas por entender que *“dichas consideraciones configuran violaciones a los derechos humanos y son discriminatorias”*. Allí se argumentaba el reconocimiento del derecho a la salud, entendida en sentido amplio,⁸² como un “derecho humano” que consta en instrumentos del derecho internacional con rango constitucional (la CEDAW y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros) y el reconocimiento del “derecho a la salud integral”, en la Constitución de la CABA.

Por otra parte, la Defensoría argumentó que la ligadura constituía *“un método de infertilización femenina, y no de esterilización, como comúnmente se cree”* por no ser definitivo. Indicó que en un 70 al 80% de casos la reversibilidad era posible, citando porcentajes brindados por un especialista, luego convocado al Consenso.⁸³ No obstante, no la equiparaba al resto de los métodos anticonceptivos, planteando que ésta *“se realiza previa prescripción médica, y con fines terapéuticos”*. Se argumentaba allí que una vez definida por los/as profesionales la conveniencia de recurrir a esta práctica ante *“una auténtica situación de peligro para la salud entendida integralmente”*, sólo era necesario el consentimiento de la

⁸⁰ Éstos habían sido expresados en el Dictamen de la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires recaído sobre el expediente 5421/00.

⁸¹ La condición de consentimiento del cónyuge es planteada por algunos actores de cara a la figura del “fraude moral” del que podrían ser objeto los varones casados cuyas mujeres practicaran esta intervención a sus espaldas, ya que verían así afectados sus intereses. Este “vicio” legal podría llevar a plantear la nulidad del matrimonio, de acuerdo con el Código Civil (arts. 219 y 220).

⁸² Remite a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”*, Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En Documentos Básicos, Documento oficial nº 240, Washington, 1991, p. 23).

⁸³ Se trata del Dr. Roberto Nicholson, uno de los primeros médicos que, al promediar los años sesenta, promovió la planificación familiar con métodos modernos (Felitti, 2009).

mujer, previamente informada, libre de “interferencia o condicionamientos”, de acuerdo con lo establecido por la ley básica de salud de la ciudad (153/99), Por todo ello, y sosteniéndose también en el Código Civil, y fallos de distintas cámaras, sostenía que tanto el requerimiento de una autorización judicial como el del consentimiento del cónyuge constituyen una exigencia “*discriminatoria en virtud de las prácticas que ocurren en las instituciones privadas [...] que afecta derechos humanos protegidos*” por la normativa mencionada, y que implica la “*reducción de una persona con plenas facultades a la de una persona incapaz, cuya voluntad sobre su propio cuerpo no resulta soberana*”.

Con estos argumentos, la Defensoría propuso considerar la indicación médica precisa del médico o equipo *tratante*, a diferencia de la propuesta junta médica reunida a tal efecto, y el consentimiento de la mujer en forma escrita como únicas condiciones para proceder con la práctica de ligadura tubaria.

Vale reparar en la ausencia de referencias a los “derechos sexuales y reproductivos”, entre los fundamentos de la resolución que sirvió de base al debate, y que estaban presentes en una resolución previa allí citada, entendidos “*como derechos humanos básicos, conectados a la libertad sexual, el derecho a la intimidad/privacidad y el derecho a la salud, entre otros*”.⁸⁴ Si bien éstos derechos estaban reconocidos en la Constitución local y en las leyes 153/99 y 418/00, de estas normas se mencionaba apenas el “derecho a la salud integral”. Es probable que la omisión de esta noción haya sido estratégica, habida cuenta de la resistencia presente en ese momento. Veamos ahora cuáles fueron los ejes discutidos en ese encuentro, las principales posiciones, los acuerdos y las disidencias, y el balance de fuerzas en esta instancia.

⁸⁴ Resolución 2070/99, en la actuación 2922/99, que es el “caso testigo” comentado a continuación. Constituye una de las actuaciones que motivó la resolución que entró en confrontación con el dictamen de la Procuradora.

Entre las palabras de apertura de la jornada, la Defensora del Pueblo relató el “caso testigo” y las acciones institucionales que siguieron, hasta la resolución de base:

[...] el año pasado se presentó a la Defensoría del Pueblo una mujer perteneciente a los sectores más pobres y desprotegidos de nuestra sociedad, que había sido **sometida a un número significativo de cesáreas para dar a luz a sus hijos, que había tenido serios inconvenientes en el uso de anticonceptivos, que su último embarazo no era consentido y que padecía el maltrato de un marido abusador.** Quiero decir, se presentó una mujer que era víctima de múltiples situaciones de violencia social y que se encontraba en un estado de grave riesgo. Es en esa situación que la mujer solicita ayuda para lograr la ligadura de trompas. **Apoyaba su solicitud con prescripción médica precisa y un diagnóstico que advertía sobre los graves riesgos a su vida y a su salud, en el caso de nuevos embarazos.** Sin embargo, quien prescribía la intervención le informaba también que para poder realizarla era preciso que la paciente obtuviera una autorización judicial. Este pedido, simple para la concepción de la autoridad médica, sumó a los graves problemas de la paciente, uno más: la violencia institucional. [...] consiguió el abogado, se presentó ante el juez que la escuchó y éste, en un breve trámite, **le dijo que no podía resolver la situación, ya que la autonomía de la voluntad se maneja en el ámbito de lo privado y no en el de la justicia. Ella era una persona mayor, en uso pleno de sus facultades y, sólo ella podía consentir una intervención sobre su propio cuerpo.** Con esta respuesta vuelve la paciente al hospital, donde, nuevamente, le reclaman la autorización judicial para proceder. [...] Ante esa situación, la Defensoría decide presentar una acción de amparo ante el poder judicial. Ya no para pedir permiso, sino para que el juez ejerza su poder propio, que es la coacción, para que se realice la intervención. **El juez responde a esta acción dictando una rápida, brillante y precisa sentencia en la que explica y ordena que, ante indicación médica precisa y ante la existencia de riesgo de vida, debe procederse a la ligadura de trompas.** Casos como el relatado no son hechos aislados, sino que suceden en forma reiterada. De allí que se realizó la recomendación que hoy es materia de análisis (Dra. Alicia Oliveira en el Consenso de Expertos sobre Ligadura Tubaria)⁸⁵ (el resaltado me pertenece).

⁸⁵ Transcripción facilitada por personal de la Defensoría.

Se evidencian en este relato paradigmático las circunstancias en que, desde la perspectiva de esta agencia, se debía proceder con la ligadura tubaria sin pasar por instancias judiciales, ni administrativas siquiera. Eran mujeres mayores de edad, legalmente capaces, que consienten la realización de la ligadura, indicada profesionalmente, y entendida como la forma de evitar un próximo embarazo, difícilmente evitable por otros medios, que implicaría un serio riesgo para su salud. Otras cuestiones también se expresan en este fragmento: típicamente, se trata de mujeres de sectores desfavorecidos, que soportan distintos tipos de violencia, y ven vulnerado su “derecho a la salud” y a la “autodeterminación” cuando profesionales de la salud les exigen una autorización judicial para practicar la ligadura tubaria que ellos mismos indican realizar. En estas circunstancias, se entiende que el esquema legal vigente permite practicar la ligadura. Asimismo, la impertinencia de la venia judicial se refuerza con la identificación de este requisito como una forma de violencia institucional, en virtud del maltrato burocrático, la demora, el costo y la incomprensión de los códigos y el lenguaje de los ámbitos judiciales. Se acusó de “irresponsable” el proceder de profesionales que lleva a judicializar los pedidos de esta práctica en tales circunstancias.

No obstante, al tiempo que se plantea como insostenible la participación de esta Defensoría en su resolución individual a través del circuito judicial, se justifica la acción que había tomado en aquella oportunidad al presentar un recurso de amparo. Y es más, así como en el relato citado se destacan positivamente los fundamentos de dos resoluciones judiciales que constituyen tipos paradigmáticos de sentencias judiciales, se celebra la actuación judicial que obliga a proveerla. Que la jueza responsable de aquella *“brillante y precisa sentencia”*⁸⁶ haya participado como especialista en este encuentro, y también el magistrado responsable de la consolidación de esta posición,⁸⁷ expresa el posicionamiento de la Defensoría. Al mismo tiempo constituye una estrategia orientada a generar un estado de relaciones de fuerza favorable a su propuesta: evitar la

⁸⁶ La Dra. Cecilia Rejo, Jueza en el Tribunal Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 79.

⁸⁷ Se la conoce como “posición Hooft”, mientras que la denominada “solución Riquert” es la que considera innecesaria la autorización judicial en estos casos. Los nombres corresponden a dos magistrados (Medina, 2002).

judicialización de ciertos pedidos y, en el caso de que lleguen a instancias judiciales, promover una ágil resolución.

La mayoría de los/as participantes coincidió en la necesidad de definir con mayor claridad el procedimiento para proveer la ligadura tubaria a fin de desalentar temores de los/as profesionales a posibles demandas penales. Sin embargo, algunos/as participantes consideraron tales temores fundados en la regulación vigente, mientras que otros/as se refirieron a ellos en términos de “mitos”, restándoles asidero.

También hubo acuerdo sobre la necesidad de elaborar un registro de “objetores de conciencia” para evitar un “doble estándar” en cuanto a la disposición profesional que se expresa en el rechazo de los pedidos en el hospital público, y accede a ellos “en privado”, mediando honorarios.⁸⁸

La implementación del consentimiento informado, entendido como un proceso de comunicación inteligible para la interesada, movilizó un fuerte acuerdo como herramienta tendiente a evitar la coacción y el abuso de poder. Respecto de que la promoción o inducción a aceptar esta práctica pudiera obedecer al bienintencionado pero poderoso ejercicio profesional cuando se la considerara conveniente, se llegó a recomendar que el consentimiento no pueda ser obtenido en la instancia del parto con la intención de resguardar a la mujer de acceder a lo que, en rigor, es un consejo del profesional sobre el que no ha tenido tiempo suficiente para reflexionar.⁸⁹ Otro criterio, para algunas de estas situaciones, fue planteado por una médica del servicio “de referencia”, quien expresó que:

[...] cuando la mujer está en riesgo de muerte y estamos en un quirófano, y hay un estallido uterino, todos sabemos lo que tenemos que hacer: una reparación y la ligadura de trompas, pensando en que uno le deja el útero y elimina la posibilidad de reproducción.

⁸⁸ Ante la iniquidad en el acceso de las mujeres a la ligadura tubaria de acuerdo con su posición social y las controversias respecto de su inscripción en el esquema jurídico, el acceso a esta intervención fue comparado, por su similitud, con el aborto.

⁸⁹ Los pedidos de ligadura tubaria por parte de las mujeres a instancias del parto, constituyen una de las situaciones más problematizadas por los/as profesionales. Se considera que ese momento no es oportuno para que la mujer tome una decisión tan radical debido, por un lado, al estado emocional que el parto supone, y por otro lado, porque tal decisión amerita un tiempo prolongado de reflexión (estas situaciones son analizadas en el capítulo VI).

Por lo tanto, frente al riesgo percibido por el/la profesional, se plantea una única alternativa, que no les deja lugar a dudas sobre la conveniencia de ligar las trompas en ese mismo momento, ni del tiempo de meditación de la decisión previa al consentimiento por parte de la mujer.

También se acordó que el recurso a esta intervención debía ser una opción excepcional, debido a su difícil reversibilidad, y para evitar que se convirtiera en una "opción facilista", algunos/as participantes expresaron la necesidad de mejorar la oferta de métodos anticonceptivos seguros y reversibles.⁹⁰ Marginalmente, se enfatizó la autonomía de la mujer para decidir realizar esta intervención y se planteó que debería estar incluida en el programa de salud reproductiva sin quedar su acceso supeditado a la opinión médica.

Vale destacar la batalla discursiva planteada sobre la denominación de la práctica. Por un lado, fue puesta en términos de "método de infertilización", pasible de ser revertido en gran medida, aunque el procedimiento no fuera garantizado por no estar disponibles en el sector público los recursos necesarios.⁹¹ Por otro lado, se insistió en considerarla "esterilizante". Se discutió el porcentaje de reversibilidad planteado, al que se consideró ser mucho menor que el sostenido desde esa agencia, y que la reglamentación propuesta tendría un impacto demográfico negativo para el desarrollo del país. Se retomaba así el argumento pronatalista difundido algunas décadas atrás, pero que como se vio, forma parte del pensamiento poblacionista desde los albores del Estado nacional.

Se expresaron diferencias mayores al interpretar el alcance de la habilitación de la ligadura en el esquema legal vigente en ese momento, y el de la noción de "indicación terapéutica". Al respecto, hubo quienes consideraron que esta última remitía exclusivamente a aspectos biológicos o físicos. En menor medida se planteó que se acotaba a la consideración de "la salud del órgano reproductor", mientras que uno de los médicos especialistas planteó la prohibición total de esta práctica de acuerdo con el

⁹⁰ En este sentido, se señaló la demora con que, por ese entonces, se debatía un proyecto de ley de salud reproductiva en la Legislatura porteña. Fue aprobado unas semanas más tarde, cuando se sancionó la ley 418/00, que puso a disposición de la población métodos anticonceptivos de carácter transitorio, reversible y no abortivos.

⁹¹ Posición planteada por la propia Defensoría y con adhesión de la mayoría de los participantes.

Código Penal. Principalmente, se expresó que la noción de salud refería al bienestar general, y que la norma futura debería asumir una concepción integral de la salud, y contemplar aspectos psicológicos y sociales, además de los biológicos, incluso del ámbito familiar como fundamentos de la prescripción profesional.

Otra cuestión que dio lugar a disensos fue la recomendación de la Defensoría (en la resolución de base) acerca de la formación de un *"Grupo Interdisciplinario de Contención para las pacientes que deban enfrentar la decisión de prestar o no conformidad para la misma, tanto en el momento de tomar la decisión, como con posterioridad a la intervención quirúrgica"*. Los/as participantes se expidieron sobre la pertinencia del dictamen, en cada caso, de una junta médica, equipo interdisciplinario o comité de bioética. Las opiniones abarcaron desde la necesidad de que el comité hospitalario de bioética controlara el acceso a esta práctica y se expidiera sobre cada uno de los pedidos, hasta la exclusión de toda opinión ajena a la estricta relación médico-paciente.

Las autoridades de corporaciones médicas⁹² fueron los únicos participantes que apoyaron la necesidad del consentimiento de la pareja siempre que la mujer enfrentara un grave riesgo de muerte de acuerdo con los criterios médicos. Representaron la perspectiva más conservadora y en franca minoría.

Al cabo de la jornada, la ligadura tubaria quedó entendida como:

[...] una opción excepcional a adoptarse en los casos en que los métodos anticonceptivos no puedan ser utilizados por la mujer debido a dificultades de orden físico-clínico y/o psicológico y/o social. La ligadura tubaria será accesible a las mujeres cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte del médico y/o equipo interdisciplinario de salud tratante, basada en pronósticos que indiquen un riesgo a la vida o a la salud entendida como una integralidad bio-psico-social.

⁹² Se trata del Dr. Gustavo Gruber (secretario general de la FASGO, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia) y el Dr. Oscar Contrera Ortiz (presidente de la SOGIBA, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires). Este último, paradójica o tal vez irónicamente, destacó la "heterogeneidad de opiniones" presentes en aquel encuentro. Sostuvo que su posición se alineaba con la opinión de colegas ex presidentes de la sociedad, tal vez como recurso de legitimación de su postura. Aclaró, asimismo, que su posición no obedecía a *"ningún tipo de orientación ni indicación confesional"* (esta "aclaración" es altamente sugerente... ¡de lo contrario!).

Los criterios acordados asumieron la excepcionalidad de la práctica y, como condiciones para el acceso, la necesidad de contar con indicación médica y con el consentimiento escrito de la mujer. No se modificaron, en lo esencial, los requisitos establecidos en la ley 17.132/67, y resultó avalada por este encuentro la propuesta de reglamentación elaborada por la Defensoría.⁹³

El evento evidenció un persistente estado de relaciones de fuerza, con un claro predominio de la mirada médica, que dejó de lado las voces “feministas” más radicales y las más conservadoras. No obstante, permitió el cuestionamiento de ciertas prácticas y la habilitación de otras que merecen ser destacadas. Por un lado, reconoció que la imposibilidad de adoptar otro método anticonceptivo puede derivarse de cuestiones “*de orden físico-clínico y/o psicológico y/o social*”. Esto significa que las condiciones, que hacen de la ligadura tubaria la única alternativa en anticoncepción, no obedecen necesariamente a la contraindicación médica para la adopción de otros métodos, que suele argumentar exclusivamente razones de naturaleza físico-clínica (del Río Fortuna, 2007a). Por otro lado, se expresó que su acceso:

[...] no requiere autorización judicial ni consentimiento del cónyuge, ya que es una decisión que se encuentra en el ámbito de la esfera personalísima de la mujer y en relación directa con el médico y/o equipo interdisciplinario de salud tratante.

El carácter “personalísimo” que se atribuye a la decisión de la mujer de recurrir a la ligadura tubaria, explicita que para su acceso no se requieren autorización judicial, ni consentimiento de la pareja ni ninguna evaluación de un comité médico *ad hoc*, como era práctica frecuente de los/as profesionales del sector público de salud.

Los acuerdos alcanzados en la jornada demoraron casi tres años en convertirse en norma.

⁹³ Sólo la recomendación de conformar un “*grupo interdisciplinario de contención*” no fue retomada en el documento finalmente consensuado. Es probable que esta ausencia obedezca a la intención de no sumar una dificultad operativa en los servicios que tuvieran condiciones técnicas para proveer esta práctica, ya que la resolución que se dictaría luego (y lo mismo la ley que años más tarde fue sancionada) no implicaba aportes de recursos (ni materiales ni humanos). Por otra parte, en tanto la presencia y actuación del grupo sugerido se justificaba en virtud de la trascendencia adjudicada a la realización de esta práctica, aquel silencio en el documento final tal vez sea un intento por minimizar o al menos no llamar la atención acerca del supuesto impacto de la ligadura en la subjetividad de la mujer que se iría a operar.

Entretanto, los tres legisladores/as que participaron del Consenso junto con una cuarta diputada elaboraron un proyecto de declaración⁹⁴ que fue tratado en la Legislatura porteña, en el que se solicitaba al Congreso Nacional el tratamiento y la aprobación de los proyectos de ley que se habían presentado. En esos proyectos se procuraba poner fin a la práctica de los/as profesionales de la salud de solicitar autorización judicial para realizar determinadas intervenciones quirúrgicas en los servicios de salud públicos, como la práctica de ligadura tubaria, *“en caso de estar en riesgo la salud psíquica o física de la mujer y de la familia”*.⁹⁵ Se expresaba que el acceso a esas intervenciones se enmarcaba en el derecho a la *“autonomía personal”* reconocido por el art. 19 de la Constitución Nacional,⁹⁶ y se planteaba que:

El engorroso y sufriente camino de deambular por las distintas oficinas buscando tardías autorizaciones debe finalizar. Para ello se debe establecer una normativa clara desde el Parlamento Nacional, para que no existan fantasmas como el de la mala praxis u otros que impidan a las personas ejercer sus derechos y los profesionales no tengan temor a actuar atendiendo las necesidades de la gente.

Se reconoce el temor manifestado por profesionales como motor de la solicitud de venia judicial para proceder, a la vez que se los desestima, refiriéndose a aquellos en tanto *“fantasmas como el de la mala praxis”*. La iniciativa parlamentaria se justificaba remitiendo a *“la responsabilidad de considerar los derechos a disponer del propio cuerpo y los derechos reproductivos como derechos humanos básicos”* asumida a través de distintas normas.⁹⁷ Esta declaración se encuentra claramente alineada con la perspectiva con que la Defensoría había fundamentado sus acciones en las circunstancias antes vistas.

⁹⁴ Proyecto n° 20020558, en la sesión del 26 de marzo de 2002, autoría de Clorinda Yelicic, Juliana Marino, Jorge Casabe y Beatriz Baltroc (autores de la declaración 218/06, los/as tres primeros son los que participaron del Consenso de Expertos).

⁹⁵ Proyecto n° 20020558. Las otras prácticas mencionadas son la vasectomía y la interrupción del embarazo en caso de diagnóstico de anencefalia.

⁹⁶ *“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”* (Constitución Nacional, art. 19).

⁹⁷ Se refiere a la Constitución de la ciudad (art. 20, inc. 4 y 5 del art. 21 y art. 37), y la ley básica de salud (153/99).

Acerca del contenido (y las omisiones) de la regulación

En mayo de 2003 la entonces Secretaría de Salud del GCBA dictó la resolución 874 (en adelante Res. 874), que establece el procedimiento a seguir ante solicitudes de ligadura tubaria por parte de pacientes de los servicios del sistema de salud de la ciudad.⁹⁸ La resolución recoge explícitamente las recomendaciones acordadas en el Consenso de Expertos del año 2000, con algunas modificaciones y omisiones que cabe señalar.

La norma reconoce que la decisión de recurrir a la ligadura tubaria se da “*en el ámbito de la esfera personalísima*” de la mujer. Sin embargo, omitió explicitar que el acceso a la intervención no precisa el consentimiento de la pareja de la mujer, tal como lo hacían, con énfasis, las recomendaciones consensuadas por los/as especialistas.

Si bien la Res. 874 sostenía las condiciones generales para el acceso a la ligadura tubaria planteadas en el Consenso de Expertos, a diferencia del documento final elaborado en aquel encuentro, la resolución establecía que las solicitudes de esta práctica:

[...] deben ser analizadas y resueltas en concordancia con todas las normas que regulan el ejercicio profesional y con especial atención a lo dispuesto por la Constitución Nacional, los tratados internacionales, así también de acuerdo con lo estatuido en el art. 37 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que reconoce los derechos reproductivos como derechos humanos básicos y las previsiones de los art. 4 inc. a, b, e, y n de la Ley Básica de Salud (153) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Mientras que en el texto del Consenso se destacaba el marco constitucional de “la autodeterminación y el respeto a las conductas autorreferentes” (invocando el art. 19 de la Constitución Nacional) y los derechos humanos (especificando el art. 75, inc. 22, de la carta magna nacional y la CEDAW como instrumento particular), en la resolución cobran

⁹⁸ De acuerdo con la ley 153/99, art. 10, el sistema sanitario incluye los tres subsectores: estatal (o público), seguridad social, privado (por lo cual, en este sentido, amplía el propósito de las recomendaciones del Consenso de Expertos).

protagonismo las normas referidas al desempeño profesional. Que sean éstas las mencionadas en primera instancia, aun cuando no se las identifique explícitamente, resulta significativo de un particular estado de correlación de fuerzas. Correlación de fuerzas que se pone de manifiesto en el lugar central de la ley 17.132/67 en los debates acerca del alcance de la permisión/prohibición de la práctica en cuestión, leída, las más de las veces, de manera restrictiva.

En este sentido, la “objeción de conciencia” frente a esta práctica es reconocida en la Res. 874, siguiendo las recomendaciones del Consenso, como derecho que asiste a los/as profesionales, al tiempo que, se aclara, *no exime de responsabilidad al servicio responsable de la prestación de esta práctica, debiendo arbitrarse los medios para su realización*”. Asimismo, retoma esas recomendaciones cuando, para evitar las denunciadas actitudes diferenciales por parte de los/as profesionales que se desempeñan en servicios públicos y privados, establece que se debe llevar un registro de objetores *“mediante la firma de un documento público que comprometa dicha objeción tanto en la práctica asistencial pública como en la privada”*. Hasta el momento, sin embargo, este registro no ha sido implementado, y así se perpetúan las condiciones que, por omisión, permiten el ejercicio de un “doble estándar” en detrimento de las mujeres que se asisten en los servicios públicos de salud. Cabe destacar que la resolución misma nunca fue publicada en el *Boletín Oficial*, lo que permite suponer que su circulación y conocimiento fueron restringidos.

A continuación, me ocupó de las prácticas y disputas que dieron lugar a la más reciente modificación del esquema legal sobre la anticoncepción quirúrgica, a través de la sanción de ley nacional 26.130, en agosto de 2006.⁹⁹ La norma, impulsada por el oficialismo equiparó las intervenciones de ligadura tubaria y vasectomía a otros métodos anticonceptivos. Las incluyó entre las prácticas que deben ser previstas por el sistema de salud, en todos los subsectores, en forma gratuita y a demanda de las personas capaces y mayores de edad, previamente informadas para que puedan brindar su consentimiento.

⁹⁹ Sancionada por el Senado de la Nación el 9 de agosto de 2006 y promulgada por el PEN el 28 de agosto de 2006, decreto 1.110/06 (publicada en el *Boletín Oficial* el 29 de agosto de 2006).

Prácticas persistentes, propuestas insistentes

Todavía era corriente la solicitud de autorización judicial para realizar las prácticas de anticoncepción quirúrgica en las instituciones públicas de salud, y motivo de debates en la Comisión de Salud de la legislatura porteña, cuando seis proyectos¹⁰⁰ de ley sobre anticoncepción quirúrgica iban a ser tratados en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación. Estas iniciativas recibieron el apoyo de un grupo de legisladores/as porteños a través de una declaración.¹⁰¹ Unos días más tarde, un resumen de aquellos proyectos obtuvo media sanción por amplia mayoría en la Cámara baja,¹⁰² y pasaba entonces a tratarse en Senadores, donde fue promulgada.

También desde la Dirección General de la Mujer del Gobierno de esta ciudad, en la víspera del tratamiento de esos proyectos en la Cámara de Diputados, se brindó apoyo a la iniciativa legal. En una conferencia de prensa, la responsable de la Dirección General de la Mujer¹⁰³ declaró que la Res. 874 era escasamente implementada, y que esperaba que la ley fortaleciera y equiparara las oportunidades de la población para acceder a estas prácticas en todo el país, ya que en ese momento varias provincias contaban con regulaciones legales o ministeriales que autorizaban las intervenciones de anticoncepción quirúrgica.¹⁰⁴ Para la ocasión, esta funcionaria convocó a un panel de legisladoras y especialistas, del que participaron tres diputadas nacionales (entre ellas, la autora de uno de los proyectos); dos legisladoras porteñas (autoras, entre otros/as de la declaración 218 arriba mencionada); la directora del hospital "de referencia" y un funcionario de la

¹⁰⁰ Proyectos de ley n° 1142-D-06, 0756-D-06, 0589-D-05, 2202-D-06, 0527-D-06 y 1028-D-05, de autoría de las diputadas nacionales Juliana Marino (Frente para la Victoria-Partido Justicialista), Marcela Rodríguez (ARI), María Elena Barbagelata (Partido Socialista, mandato cumplido), Graciela Gutiérrez (FpV-PJ), María del Carmen Rico (Peronismo Federal) e Irene Bosch de Sartori (FpV-PJ).

¹⁰¹ Proyecto n° 200601685, en la sesión del 06-07-2006. Declaración n° 218, sancionada el 13-07-2006.

¹⁰² En la sesión ordinaria del 28-06-2006, con 147 votos favor, 41 en contra y 2 abstenciones, la Orden del Día n° 463 "Implementación de métodos de anticoncepción quirúrgica" (Expedientes 0589-D-05, 1028-D-05, 0527-D-06, 1142-D-06 y 2202-D-06).

¹⁰³ Virginia Franganillo.

¹⁰⁴ Aunque con distinto alcance y condiciones en cada caso.

Defensoría del Pueblo de la ciudad.¹⁰⁵

Los convocados expusieron distintos argumentos en apoyo a la habilitación de estas prácticas. La directora del hospital resaltó la reversibilidad de las intervenciones de anticoncepción quirúrgica, de hasta un 80% en el caso de la ligadura tubaria, y del 50% para el caso de la vasectomía, junto con la responsabilidad profesional de advertir los efectos permanentes de estas opciones anticonceptivas, puesto que requerían nuevas intervenciones. El funcionario de la Defensoría, por su parte, confrontó el argumento de la cúpula de la Iglesia Católica argentina de que en virtud del art. 91 del Código Penal, la práctica de estas intervenciones “seguirá siendo un delito”,¹⁰⁶ al señalar la inexistencia de juicios de mala praxis.

En los debates dados en distintos ámbitos sobre el tema de la anticoncepción quirúrgica,¹⁰⁷ no había duda de que tanto quienes alentaban la liberalización del acceso a ese método, como quienes lo resistían, coincidían en cuanto a la población que mayormente se vería afectada: los sectores más desfavorecidos, vulnerables, pobres, y dentro de ellos, las mujeres. Claro que el impacto esperado, temido, deseado, en cada caso, difería.

Quienes apoyaban la iniciativa, apelaron al reconocimiento de “derechos personalísimos” en cuanto a la decisión sobre la capacidad reproductiva, la cantidad de hijos/as y el propio cuerpo, destacando las dificultades materiales que limitan las posibilidades de controlar la fecundidad de manera eficaz y segura en los sectores populares. Se argumentó que el aborto practicado en condiciones de suma precariedad se expresaba tanto en términos de morbilidad materna, como de impacto para la salud familiar, por las consecuencias que tendría la muerte de la mujer en sus hijos/as. Serían, se sostuvo, especialmente las mujeres pobres, con varios hijos y algunos años de vida reproductiva por delante, muchas veces violentadas por sus parejas, las principales beneficiadas por el recurso a esta

¹⁰⁵ El jefe del área de salud de esta agencia.

¹⁰⁶ Declaración de la Conferencia Episcopal Argentina, publicada en *Página/12*, 28 de junio de 2006.

¹⁰⁷ Me refiero a los que analizó aquí: Legislatura porteña, en ocasión de la declaración 218/06, y Congreso Nacional, especialmente a la sesión en la cual el Senado sancionó la ley 26.130.

práctica una vez habilitada legalmente.¹⁰⁸ Sería una alternativa que les permitiría ejercer el derecho a decidir sobre sus pautas reproductivas de manera eficiente, y sin llegar al aborto y poner en riesgo su salud y hasta su vida.

La posibilidad de regular la fecundidad a través de la ligadura tubaria, desde otra perspectiva, fue considerada nociva en virtud de la baja densidad demográfica del país.¹⁰⁹ Fueron recordadas las prescripciones de “el General” que motivaron las restricciones en materia de planificación familiar en los años setenta, y la existencia de proyectos políticos de control demográfico en el “tercer mundo” a cargo de agencias norteamericanas. Se advirtió que la iniciativa podía habilitar la esterilización de las mujeres pobres, repitiendo las nefastas experiencias de campañas compulsivas que tuvieron lugar a partir de leyes similares en el marco de proyectos con metas demográficas. También grupos católicos “Pro-Vida” se manifestaron a través de un “bombardeo” de mails a los/as legisladores en diversas oportunidades, en los que difundían las experiencias de “esterilización de pobres”, y exhortándolos a detener el proyecto. La Conferencia Episcopal Argentina se había pronunciado frente a la inminencia del tratamiento y aprobación del proyecto en Diputados, sentando, una vez más, su visión acerca de estas intervenciones, entendidas como “soluciones radicales [que] nos degradan en nuestra condición de personas”.¹¹⁰

Entre quienes apoyaban la iniciativa, la firma del consentimiento informado se planteó como el recurso que garantizaría el respeto de la autonomía y el derecho de las personas a decidir si realizar o no estas prácticas. La oposición, por el contrario, expresó su eficacia limitada en función de las condiciones de existencia de los sectores populares:

[Hilda González de Duhalde] A veces, en aras de hablar de la libertad o el derecho personalísimo, no nos damos cuenta de que la libertad de los sectores más humildes de la población es una libertad condicionada. Llegan al aborto, lamentablemente, o a esta posibilidad que se les va a brindar a través de esta ley como consecuencia de muchas

¹⁰⁸ Este “perfil” se sostiene en parte en las estadísticas (las pocas que hay y que surgen del sector público de algunas provincias que ya habían reglamentado estas prácticas) y gana consenso como “candidata” a la ligadura tubaria.

¹⁰⁹ Al tiempo que se alerta acerca de las consecuencias del fenómeno de “envejecimiento poblacional”.

¹¹⁰ C.ando en la misma edición de *Página/12*, el día que Diputados aprobó el proyecto.

causas indeseables e injustas para ellas. Y me refiero a que no han tenido garantizados los derechos básicos que el Estado debe garantizar ahora y siempre, pero que desde hace muchísimos años, desde hace décadas, no se les garantiza: el derecho a la educación, a la salud.

Reconociendo experiencias signadas por la escasez de recursos materiales y simbólicos, se cuestiona el ejercicio de la autonomía que harían las mujeres pobres a través de decisiones como el aborto o la ligadura tubaria, en condiciones de *"libertad condicionada"*. En este sentido, también se cuestionó la posibilidad de que su consentimiento sea brindado en la instancia del parto. Este planteo fue acusado de ser *"un abordaje tutelar"* de la pobreza y de las mujeres en particular, que niega su capacidad para decidir sobre sus propias vidas.

Desde otra posición, la provisión de los métodos anticonceptivos quirúrgicos vendría a ampliar la posibilidad de derechos ya consagrados:

[María Teresita Colombo] Sinceramente, acompañaré el proyecto en consideración porque, como dije ayer, no son métodos irreversibles que, además, debieron haber estado contemplados en la ley de salud reproductiva sancionada en 2002. ¿Y por qué se sancionó aquella ley en 2002? Porque hubo voluntad política para hacerlo y porque el gobierno nacional la impulsó decididamente. Además, quizás una de las cosas buenas que nos dejó la crisis de aquel momento fue que, en medio de ese tiempo de debacle institucional, política, económica y social del país, se pudo sancionar aquella ley que estuvo largamente postergada por el Congreso en virtud de cuestiones que llevaban a soslayar datos objetivos y lacerantes que la realidad brindaba a lo largo y ancho de la Argentina. Entonces, esto es un paso más para garantizar los derechos que comenzaron a ser garantizados en el momento de sancionar el programa de salud sexual y procreación responsable en nuestro país.

En su intervención, aparece otro argumento contra la autorización judicial que se requería: la considera innecesaria porque las intervenciones de anticoncepción quirúrgica no son irreversibles. Mediante la estrategia discursiva de invisibilizar su especificidad, en tanto prácticas quirúrgicas de efectos permanentes sólo reversibles a través de otra operación, tal como lo plantean especialistas a favor de la liberalización de estas prácticas, su legalidad no merece cuestionamiento alguno. Así es que estos procedimientos *"debieron*

haber estado contemplados” en el abanico de métodos anticonceptivos lícitos de acuerdo con la ley (25.673/02) que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.¹¹¹

El argumento de la reversibilidad de los métodos de anticoncepción quirúrgica procura saltar la discusión acerca del porcentaje de éxito de las cirugías de reversión. Al igual que se sostuvo durante el Consenso de Expertos, en los ámbitos legislativos los/as detractores de la iniciativa sostuvieron que es bastante menor, planteando tasas que caen hasta el 20%. También señalaron que su elevado costo económico los torna irreversibles *de facto* para la población que accedería mayormente una vez sancionada la ley, ya que las cirugías que permitirían revertir los efectos de estas intervenciones no están disponibles en el sector público de salud. La senadora Liliana Negre de Alonso, refiriéndose a la equiparación del derecho al acceso a estas prácticas, sostuvo que *“Sólo habrá igualdad de oportunidades para la mutilación”*, argumento al que adhirió el episcopado.

La terminología empleada, que en este caso apela al discurso de derechos, expresa la persistencia del sentido de estas intervenciones para la posición católica: “un atentado a la dignidad y la condición humana”. Al mismo tiempo, se observa un corrimiento argumental, por el cual el cuestionamiento se dirige ahora a las posibilidades no previstas en el proyecto (cirugías de reversión). Sin duda, esta estrategia se debe al estado de fuerzas que hacía previsible la suerte que correría el proyecto.¹¹² Había llegado a la Cámara alta dentro de los plazos reglamentarios mínimos y con la indicación de votar el

¹¹¹ Ley que, se recuerda, garantiza la disponibilidad de métodos anticonceptivos de carácter transitorio, reversibles, y no abortivos. No obstante, el texto legal finalmente aprobado (26.130/06) dispone la modificación de aquella, para agregar estas prácticas entre los métodos admitidos (a través del art. 8, agrega el siguiente párrafo al art. 6, inc. b. de la ley 25.673/02: *“Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción”*). Asimismo, establece la reescritura de la ley nacional 17.132/67, a fin de eliminar la condición de “haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos” para practicar estas intervenciones, restándole así al acceso, un requisito que asumía su excepcionalidad (el art. 7 establece que el art. 20, inc. 18 de la ley 17.132/67 queda redactado como sigue: [queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina] *“Practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado de/lla paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas incapaces o menores de edad”*).

¹¹² El proyecto fue aprobado con 35 votos a favor y 9 por la negativa (ninguna abstención).

texto completo tal como había sido aprobado en Diputados.¹¹³ Junto con la diligencia con la que el proyecto fue tratado en comisiones y en el propio Senado,¹¹⁴ el impulso oficialista de esta iniciativa también se expresó en la presencia del ministro de Salud de la Nación durante la sesión.¹¹⁵

Otros argumentos conservadores ilustran esta suerte de “desplazamientos” en sus prácticas de resistencia. Así se advirtió sobre las consecuencias epidemiológicas que tendría la difusión de la anticoncepción quirúrgica, y sobre sus posibles complicaciones de muerte. Se anunció, además, un aumento de los casos de ETS y VIH/sida.¹¹⁶ También se reclamó la inclusión de la “objeción de conciencia institucional”, propuesta que fue acusada de “ficción jurídica”, por considerarse que la figura de “objeción de conciencia” sólo alcanza a profesionales individuales y *“no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata”*, tal como quedó expresado en el texto sancionado.¹¹⁷ Asimismo, se denunció que este reclamo encubría intereses económicos, puesto que la ley establecía la provisión gratuita de estas prácticas también en el subsector de seguridad social y de medicina privada.¹¹⁸

La ligadura tubaria fue contemplada como una opción razonable por las voces menos conservadoras de la oposición, en caso de tratarse de “mujeres realizadas”, “madres de muchos hijos”, “mujeres en riesgo”. Se problematizó, en cambio, que pudiera ser

¹¹³ A raíz de la falta de consenso entre los propios especialistas en cuanto a sus posibilidades de reversión se procuró, sin éxito, la dilatación de los plazos parlamentarios para la vuelta del proyecto a comisiones y la posibilidad de introducir modificaciones parciales.

¹¹⁴ Cuestionamiento realizado por el episcopado (*Página/12*, 28 de junio de 2006), además de congresistas opositores.

¹¹⁵ Sin embargo, las declaraciones públicas que éste había realizado días antes –refiriéndose a estas prácticas en términos de irreversibles– fueron retomadas por congresistas opositores a la iniciativa, lo que revela la coexistencia de argumentos contradictorios entre quienes avalaban el proyecto.

¹¹⁶ Predicción que fue ridiculizada por otra senadora, quien destacó que ésta surge de los sectores religiosos que aún se oponen al empleo del único anticonceptivo eficaz para evitar la transmisión del virus.

¹¹⁷ Ley, 26.130/06, art. 6.

¹¹⁸ Según una nota de *Página/12*, el tratamiento de esta propuesta enfrentó “la oposición de algunas clínicas privadas y obras sociales que se verían afectadas por la incorporación de estas intervenciones entre las prácticas”. que, una vez aprobada esta iniciativa legal, deberían ser provistas de manera totalmente gratuita para los beneficiarios/as.

solicitada por mujeres sin hijos, y más aún, si fueran jóvenes.¹¹⁹ Incluso se expuso el temor respecto de la probable reducción de la edad para alcanzar derechos plenos en materia civil y comercial a los dieciocho años, edad a partir de la cual las personas podrían acceder a estas intervenciones quirúrgicas.¹²⁰ Así, los límites de la legitimidad del recurso a esta práctica, se muestran relativamente corredizos, a la vez que se erigen con firmeza en torno a cierto ejercicio de la maternidad biológica.

A partir de la revisión de las transformaciones de los aspectos jurídicos y los ejes de debate en torno al acceso a la ligadura tubaria, en este capítulo mostré los hitos históricos a través de los que la ligadura tubaria fue construida como un problema político y de política estatal, en el marco de disputas aún no resueltas.

En un país que se fundó con un imagen de “desierto”, de reducido volumen de población, las primeras reglamentaciones formales prohibieron esta práctica, a excepción de situaciones en las que se aconsejaba su realización con motivos terapéuticos. Los antecedentes de utilización compulsiva de la ligadura tubaria en el marco de programas con metas demográficas contribuyeron a estigmatizar especialmente esta práctica, entre otras medidas de regulación de la fecundidad, también cuestionadas.

Todavía en un contexto político adverso a la “planificación familiar”, como la década de 1960 y más aún, los años setenta, comenzó a darse cierta aceptación de los métodos anticonceptivos reversibles debido al impacto del aborto en términos de salud pública, dada su importante participación en la estructura de causas de la mortalidad materna. Más recientemente, este tema adquirió prioridad en la agenda pública, tanto a instancias del gobierno nacional como de las organizaciones de mujeres/feminismos. La estrategia gubernamental privilegió la promoción de la anticoncepción para el ejercicio de la “procreación responsable” con el fin de evitar los embarazos no deseados, y así, el aborto, especialmente los abortos sépticos, es decir,

¹¹⁹ Anticipando los criterios desde los cuales se definen las “candidaturas”, cuestión que analizo en el capítulo VI.

¹²⁰ Lo que, en efecto, sucedió pocos años más tarde, con la sanción de la ley 26.579, promulgada el 21 de diciembre de 2009 a través del decreto del P.E.N. n° 2.113 publicado en el *Boletín Oficial* n° 31.806, el 22-122009.

los realizados en condiciones precarias, que resultan peligrosas para la salud y la vida de la mujer.

Tales políticas encontraron en la Iglesia Católica y sus discursos, expresados a través de diversos actores sociales, uno de sus principales detractores en el marco de una resistencia que se extiende, hoy en día, contra toda forma de evitar la concepción por medios artificiales. No obstante, aquellas políticas se fueron consolidando en los años noventa, en un escenario social y político de creciente reconocimiento de los "derechos sexuales y reproductivos". Al tiempo que éstos se asociaban a la reivindicación de la legalización/despenalización del aborto por parte de organizaciones de mujeres/feminismos locales, recomendada por organismos internacionales, se dio una correlación de fuerza cada vez más favorable a la liberalización de la anticoncepción quirúrgica femenina. Así, a mediados de 2006 ésta se tornó una alternativa legal no supeditada a criterio médico, a la vez que pudo señalar un límite al persistente reclamo por el "derecho al aborto".

El análisis del proceso que llevó la construcción de la ligadura tubaria como problema político y de política estatal constituye el telón de fondo para abordar históricamente las prácticas profesionales respecto de esta intervención en un servicio particular acerca. A partir de allí, y en relación con una diversidad de actores, en el próximo capítulo analizo las modalidades de acceso que tuvieron lugar en los últimos tiempos, previos a la sanción de la ley 26.130/06.

CAPÍTULO III

UN RECORRIDO POR LAS PRÁCTICAS ANTECEDENTES EN EL SERVICIO

En este capítulo abordo las modalidades de acceso a la práctica de ligadura tubaria que se dieron en los últimos años en el servicio de obstetricia que se constituyó en "referente" en cuanto a la provisión de esta intervención quirúrgica. Al trazar este recorrido se harán visibles las características particulares de los profesionales que imprimieron a la dinámica del servicio un determinado color. El análisis se centra en las prácticas y los distintos dispositivos desplegados en este servicio, junto con las interpretaciones y tensiones que surgen de las normas revisadas en el capítulo anterior. En este recorrido, que dio lugar a la construcción de su particular posicionamiento institucional, me detengo en la elaboración del dispositivo internamente denominado "semáforo", para la evaluación de los pedidos de ligadura, y la negociación que tuvo lugar sobre él. Al mismo tiempo, recupero las prácticas de otros servicios y actores sociales involucrados en la tramitación de la ligadura tubaria: agencias de control y judiciales, Comité de Bioética, funcionarios/as de salud del GCBA y las mujeres interesadas en esta operación.

El servicio de obstetricia: la construcción de un "referente"

El servicio donde realicé mi trabajo de campo funciona en uno de los "pabellones"¹²¹ de un hospital general de agudos emplazado en el área central de la ciudad de Buenos Aires. En la zona reside una importante población migrante, principalmente de origen boliviano, pero también coreano. A metros de allí funciona un centro comercial de indumentaria y talleres textiles en los que suele emplearse a estos/as migrantes, en condiciones de extrema precariedad habitacional y explotación laboral. Esta precariedad es común a la población

¹²¹ La denominación, frecuente en el sistema sanitario, remite a la organización militar. El surgimiento del hospital moderno –en Europa, entre los siglos XVII y XVIII– a partir del modelo del hospital militar (y marítimo) fue analizada por M. Foucault (1990).

que habita las “casas tomadas” en las zonas aledañas. El ferrocarril que conecta esta parte de la ciudad con la zona oeste del conurbano bonaerense, facilita el acceso al servicio para las mujeres que residen allí. En los alrededores del hospital mujeres y travestis ejercen la prostitución a toda hora, exhibiéndose en las veredas, plazas y puertas de los varios albergues transitorios de la zona.

El servicio (o división) de obstetricia está vinculado administrativamente al Departamento Materno Infante Juvenil, del que forman parte también las divisiones de pediatría y neonatología. Este servicio implementa el Programa de Salud Sexual y Reproductiva desde su origen, hace poco más de veinte años, y constituye el único espacio dedicado a proveer información y métodos anticonceptivos, prescribir estudios y realizar prestaciones médicas relativas a anticoncepción, incluyendo información acerca de las intervenciones de anticoncepción quirúrgica tanto masculina como femenina (y, en este caso, también su práctica). Especialmente, las acciones de este programa se llevan adelante desde el consultorio de “salud reproductiva”,¹²² aunque también se desarrollan actividades en la sala de internación de la maternidad.

Por todo ello, la jefa del servicio lo distinguió de otros, por cuanto éste “no sólo ataja pibes”. En este sentido, valoró positivamente el hecho de que el servicio funcione íntegramente en un único espacio físico (pabellón) –desde el consultorio de salud reproductiva hasta la maternidad, los consultorios externos de control de embarazo, la guardia tocoginecológica, la sala de partos y el quirófano– porque “esto facilita el trabajo ideológico” con los/as colegas, y la consulta cotidiana entre ellos/as. Durante su gestión y la de quien la precedió en su cargo, la labor se orientó hacia la promoción de actividades asistenciales vinculadas a cuestiones altamente sensibles, entre ellas, la oferta del dispositivo intrauterino (en adelante DIU), método anticonceptivo al que algunos/as profesionales atribuyen efectos abortivos y obstaculizan su disponibilidad efectiva en los servicios públicos, prácticas permanentemente denunciadas por organizaciones de mujeres.

¹²² La denominación de este consultorio varía entre los/as profesionales y el contexto de enunciación. Otras formas de referirse a él son: “Consultorio de Salud Sexual y Reproductiva”, “Consultorio de Procreación Responsable”. Decidí tomar la más extendida de ellas, en adelante utilizada sin entrecorillar. Las variaciones, no obstante, son significativas y serán analizadas en el texto.

Asimismo, el servicio se dedicó a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes, incluyendo la prescripción de anticonceptivos;¹²³ la mejora de la “calidad de la atención” de las mujeres que ingresan con un aborto en curso (provocado o no), y más recientemente, la “consejería” a mujeres que plantean la decisión de no continuar con el embarazo. Pero no siempre fue así.

El servicio antes de ser “amigable”

Los y las profesionales con más antigüedad en el hospital recuerdan la gestión de un jefe de servicio, a principios de la década del noventa, cuya fuerte orientación religiosa signaba la orientación del trabajo cotidiano. En aquel momento el servicio implementaba el Programa de Procreación Responsable. La “consejería en anticoncepción” estaba a cargo de las parteras y era realizada en el marco de los cursos sobre lactancia. Asimismo, estaba fuertemente orientada hacia la promoción de métodos llamados “naturales” –abstinencia periódica y coitus interruptus– y los insumos disponibles en anticoncepción eran básicamente píldoras y DIUs. Su provisión estaba sujeta a la realización de una serie de estudios previos que en la gestión actual del servicio son considerados innecesarios, a la luz de las demoras que tal procedimiento puede implicar para la adopción de estos métodos anticonceptivos.

La orientación del servicio era contraria a la realización de la práctica de ligadura tubaria en todos los casos, es decir, sin reconocer siquiera situaciones que excepcionalmente pudieran habilitarla. La promoción de esta línea de trabajo, definida “desde arriba”, se daba a través de distintas estrategias, según recuerdan

¹²³ Según me comentó una médica, empleados de la farmacia del hospital denunciaron estas actividades, pero la medida no prosperó. La atención de adolescentes en cuestiones referidas a la sexualidad es objeto de debate. En este sentido, la inclusión de los/as jóvenes como destinatarios de las acciones de la ley 418 fue una de las más resistidas por los legisladores de convicción católica. Luego, grupos laicos vinculados a la Iglesia Católica presentaron recursos judiciales contra la ley 418 a la que planteaban como inconstitucional porque incorporaba métodos anticonceptivos considerados abortivos, afectaba el derecho a la vida, a la familia y el ejercicio de la patria potestad. Estos recursos fueron desestimados por el Tribunal Supremo de Justicia. Para un análisis de los cánones morales de las políticas públicas referidas a la sexualidad adolescente y no reproductiva, véase del Río Fortuna y Lavigne, 2010.

los/as profesionales:

M: No me voy a olvidar nunca de, una vez acá, [apellido del jefe de servicio], de este servicio de acá, nos trajo una paciente. Yo era residente creo de primero o segundo año. El, eh, desde sus (busca la palabra, y en voz baja sigue) principios religiosos que tenía estaba obviamente totalmente en desacuerdo con eso. Y nos trajo una paciente y nos la sentó enfrente de todos y nos dijo "esta señora...".

A: ¿Eso en un ateneo?

M: Era como en esto, una especie de pase de sala, y dijo "vean, escuchen este caso", y la mujer dijo "Sí, yo me ligué las trompas -nos mostró la [¿histo...grafía?]- (imita cierto lamento) y ahora quiero quedar embarazada de vuelta". Y nos dijo "¿vieron? Ahí está el problema". Una anécdota nomás, pero... (Ginecólogo, de guardia, 3).

Una de esas estrategias apuntó, así, a la sensibilización del equipo de profesionales a través del testimonio que una mujer dio frente ellos a pedido del jefe. A pesar de ser relatada como "*una anécdota nomás*", aquella iniciativa de su antiguo jefe y el relato de esta mujer generaron un recuerdo indeleble que permanece, tal como el efecto de la anticoncepción quirúrgica femenina. Así, este médico reactualizó el malestar del arrepentimiento por una acción irreparable.

A esta autoridad también se le atribuyen la estricta vigilancia de las prácticas realizadas por los/as profesionales en el servicio, junto con la amenaza de sanción a quienes desafiaran, en su labor asistencial, los límites de lo por él permitido:

M: [...] yo estoy en el servicio desde el año '92 y en ese momento ya nos cuestionábamos, teníamos una dificultad, con el jefe histórico (que falleció), por las multicesareadas, porque en una época había muchas multicesareadas. Donde, este señor dijo que si se enteraba que había una sola ligadura, él se ocupaba de rajarnos, sumariarnos, todo eso, o sea que es algo que está instalado desde hace *muchos* años [...] Eh, en realidad yo hacía algunas, y hubo un día que, yo decía "si estoy de guardia, ¿este hombre cómo se enteraba que yo lo hago?". Bueno se enteró, y ahí vino la amenaza, (imita tono de reprimenda) "que si alguno..." Entonces lo que hacíamos con algunos residentes era tratar de apretar las trompas con una (...) como para que (sonriendo, con incomodidad) se interrumpiera. Vigilábamos después que no haya sangrado y decíamos "bueno, algo después le vamos a hacer". En realidad no

era cortarle, era una apretuj- una apretada con una pinza con dientes como para que se interrumpa de esa manera, pero era todo, y hasta de eso se enteraba...

A: Y en esos casos, ¿había una demanda de parte de las mujeres?

M: Tuvimos, en esa época, también tuvimos oficios judiciales *para hacerlo*, para hacer, me acuerdo de un caso que era una mujer que vivía en el Patronato de la Infancia con un problema gravísimo, social, multicesareada, y que tenía una hipertensión maligna, con una retina (...) era casi ciega, estaba en una situación terrible, y el juez había solicitado, bueno, había autorizado la ligadura y la rechazaron, el doctor [apellido de ese jefe] le dijo que él *no* lo hacía y que no iba a permitir que en su servicio se haga (Médica obstetra, jefa, 1).

La dinámica del servicio aparece así caracterizada por una fuerte jerarquía, en la que las pautas que guiaban la actividad profesional cotidiana, dictadas desde las causas que personalmente abrazaba su máxima autoridad, no dejaban margen de maniobra. Así, se llegó a desobedecer las indicaciones judiciales de realizar la práctica de ligadura frente a situaciones particulares.

Sin embargo, en este fragmento se revelan intersticios de discrecionalidad que permitían actuar desde ciertos criterios, contra la prohibición y advertencia del jefe de servicio, a riesgo de que se enterara (no así las medidas con las que, según la entrevistada, amenazaba) *a posteriori*. En el relato confidente de su transgresión de las normas del servicio, esta profesional, actualmente jefa de la división obstetricia, resalta el contexto adverso y la legitimidad de las medidas tomadas (y, en ocasiones, también judicialmente avaladas). En tal contexto, admite haber realizado estas prácticas a, por ejemplo, "[mujeres] multicesareadas". Como se verá, esto remite al riesgo que implicaría enfrentar un nuevo embarazo, y debido a ese riesgo se practica la ligadura, en cierta forma, clandestinamente. Su clandestinidad surge de la contravención del orden interno del servicio, y por ello no quedaba constancia en la historia clínica. Así, esta profesional inscribe su actual posicionamiento en una trayectoria particular.

Otros vientos soplan...

La gestión siguiente, iniciada en el año 2000, estuvo a cargo de quien actualmente se desempeña en la dirección del hospital. Con ella –que por aquel entonces ejercía la presidencia de la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva¹²⁴– comenzó a instalarse una nueva perspectiva. Durante su gestión se iniciaron varias de las actividades del servicio y del consultorio de salud reproductiva: el programa de atención a víctimas de violencia sexual,¹²⁵ y el de atención posaborto, y la constitución del servicio como referente de atención para la población en situación de prostitución.¹²⁶ Asimismo, se abrieron nuevas posibilidades en cuanto al tratamiento de pedidos y provisión de la práctica de ligadura tubaria:

Cuando [nombre de pila de la jefa del servicio en ese entonces] sube a la jefatura después de que se muere este señor [2000], ella empieza a habilitar el tema como oficialmente [...] Eh, ahí ya se empezó a hablar digamos, pero en ese momento hacíamos algo como (con tono y gestos que transmiten un recorrido sinuoso, indirecto) a través de la Defensoría del Pueblo que nos recomendaba, pero, una cosa así. Pero en realidad el tema *instalado* está desde siempre pero asociado a la multicesareada y al alto riesgo. Pero *oficialmente* que se empezó a trabajar fue después que [la jefa en ese momento] fue parte del Comité de Expertos en el año 2000. Por eso te digo el circuito éste, instalado el tema está hace mucho, pero que no se ponía sobre la mesa y no se armaba *todo*, eso fue después de que salió la resolución de Stern¹²⁷ (Médica obstetra, jefa, 1).

La profesional entrevistada identificó un par de momentos en los que la cuestión comenzó

¹²⁴ Organización no gubernamental vinculada al movimiento profesional de promoción de la atención de estos aspectos de la salud, “descendiente” de la AAPF (ver capítulo II).

¹²⁵ El hospital fue referente institucional del Programa Integral de Asistencia a Víctimas de Delitos Sexuales, lanzado en noviembre de 2002 desde la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y más tarde designado Centro de Coordinación y Eventual Derivación para el Tratamiento de Mujeres Víctimas de Agresión Sexual (a través de la Resolución de la Secretaría de Salud 2.557/03, que aprobó el Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación, elaborado por profesionales de este servicio de obstetricia).

¹²⁶ A través de la asignación de un consultorio especialmente dedicado a “las chicas de AMMAR”, como se refieren los/as profesionales a las mujeres y travestis ligadas a esta organización (se trata de AMMAR Capital, Asociación de Mujeres Argentinas por los Derechos Humanos). En el material informativo elaborado por la organización, y que me mostraron mujeres que venían de allí para atenderse una de esas mañanas, se identifica con nombre y apellido a la profesional referente del servicio que está a cargo de ese consultorio.

¹²⁷ Se refiere a la resolución 874/03, de la Secretaría de Salud del GCBA.

a ser tratada "oficialmente", aunque enfatizó el segundo de ellos, referido al lanzamiento de la resolución 874/03 que generó las condiciones que habilitaron el tratamiento de los pedidos de ligadura habilita. El primero refiere a la mayor visibilidad y accesibilidad que adquirió el tema con el cambio de autoridades del servicio, en contraste con el secreto y la excepcionalidad en que se daba durante la gestión anterior. Vinculó este cambio al desempeño, en la jefatura del servicio, de una profesional personalmente comprometida con temas de la salud reproductiva de las mujeres. Agregó que la renovación generacional y la feminización del equipo profesional del servicio contribuyeron a sentar una perspectiva de trabajo con énfasis en esos temas, tradicionalmente despreciados dentro de la propia obstetricia, que prioriza la atención del embarazo.

Por ese entonces, y siempre que los/as profesionales lo consideraran conveniente, el servicio solicitaba a la mujer una resolución de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires para poder realizar la ligadura tubaria. Para ello, la interesada debía acercarse a esta agencia a fin de formular allí su pedido:

M: [...] la Defensoría en realidad siempre dijo que si había indicación médica ellos no intervenían y estaba (...). En realidad se cansaban mucho, no hacían todo el circuito. Se decidían por otro método.

A: Será por eso que encontré expedientes que fueron cerrados después de un tiempo porque la mujer no volvió...

M: No volvía. La verdad que era así. Y la Defensoría nos decía, generalmente y si uno consultaba por algo, que si había una indicación médica (hace una pausa y con un gesto y actitud grave) adelante. Una indicación puntual y verdadera, y más allá de una elección porque, bueno (con tono relajado) es más cómodo (Médica obstetra, de planta, 4).

Así, aun cuando sabían, por haber recurrido a esta agencia anteriormente, que si existía indicación terapéutica para realizar la práctica de ligadura tubaria no era necesario otro tipo de aval, éste y otros servicios no dejaron de solicitar su intervención. Con conocimiento, incluso, de las dificultades para seguir el circuito propuesto.

En el caso de que las mujeres llegaran a la Defensoría, donde la presentación del reclamo

es gratuita y no requiere de abogado, se iniciaba una “actuación”, como se denominan internamente los trámites o expedientes,¹²⁸ si se evaluaba la necesidad de intervención de esta agencia. Para ello se realizaba una entrevista, en la se que buscaba establecer si la mujer conocía las consecuencias de la realización de la ligadura tubaria, si estaba convencida de querer acceder a ella y, sobre todo, si existían fundamentos suficientes que pudieran justificar la realización de la práctica de acuerdo con las normas vigentes. Tales fundamentos debían sostenerse con documentación que se adjuntaba al expediente.¹²⁹ También se indagaban sus antecedentes en el empleo de métodos anticonceptivos, composición familiar y condición laboral y habitacional de la mujer y su grupo familiar.

Luego, se enviaba un “oficio” a la dirección del hospital, del servicio o centro de salud donde la mujer se atendía. En este documento se volcaban ciertos datos de la mujer: antecedentes obstétricos, especialmente el número de cesáreas, la cantidad de embarazos aunque hayan terminado en partos normales; problemas de salud –patologías preexistentes y/o que se agravan, o que surgen con el embarazo, y enfermedades transmisibles por vía materna–, y dificultades en la adopción de métodos anticonceptivos. También se solicitaba remitir a la brevedad:¹³⁰ el diagnóstico de acuerdo con la historia clínica de la mujer (y copia de aquella); informe si la ligadura tubaria era la indicación terapéutica (caso contrario, las razones que impedirían tal práctica), y el informe sobre la evaluación clínica, los antecedentes obstétricos y psicológicos de la paciente.

Al mismo tiempo, se establecía una comunicación telefónica a partir de la cual era posible conocer la situación de cada servicio en particular: la “posición ideológica” de la jefatura/dirección y del personal de planta, y la disponibilidad de los recursos necesarios

¹²⁸ Aquí utilizo estos tres términos como sinónimos.

¹²⁹ En los expedientes revisados encontré fotocopias del documento personal de la mujer, informes médicos, psicológicos, recetas médicas, historia clínica, informe socioambiental, y documentación referida a los hijos/as cuando éstos presentan necesidades de cuidados especiales (discapacidad, problemas de salud).

¹³⁰ Si se lo consideraba urgente, en virtud del tiempo de gestación, se solicitaba respuesta dentro de las cuarenta y ocho horas de la recepción del oficio. Ante la frecuente demora de los servicios en responder, la Defensoría solía reiterar el oficio, pero en esa oportunidad reducía a veinticuatro horas el plazo establecido para la respuesta. Esto no ocurría ante el pedido de informes que realiza la Defensoría CAyT, de acuerdo con la empleada entrevistada, probablemente debido al carácter judicial de estos oficios (más intimidante). Sin embargo, destacó que la respuesta no siempre obedecía al informe solicitado, y esto también suponía demoras en la resolución de las demandas.

para practicar la ligadura tubaria. Si se estimaba que quien resistía la realización de esta cirugía era el/la profesional tratante, se recurría al "*método del director de hospital*", como relató risueño un funcionario de la Defensoría: un llamado a la máxima autoridad del nosocomio en cuestión, quien luego "bajaría" al servicio la indicación de practicar la operación. Si se trataba de una oposición por parte de la jefatura del servicio y/o dirección del hospital, en cuyo caso el pedido de intervención de la Defensoría constituía una estrategia de los/as profesionales para ejercer presión sobre sus superiores, según interpretó este funcionario, la realización de la ligadura solicitada por la mujer no estaba garantizada. Frente a estas situaciones este funcionario reconoció dos "tipos" de servicios: a los que denominó "burocráticos", y "confesionales". Los primeros argumentaban el temor a demandas penales ante la supuesta ilegalidad de la práctica, y por eso solicitaban autorización de un juez para proceder, pero "*al final de todas las vueltas responden bien*", es decir, terminan practicando la ligadura. Por el contrario, los "confesionales" (aunque rara vez los/as profesionales se refieren a sí mismos de este modo), mostraban un comportamiento similar a los anteriores pero no accedían a practicar la intervención en cuestión.

Esas "vueltas", a través de la solicitud de venia judicial o resolución administrativa, suponían demoras que a veces implicaban desperdiciar la "oportunidad quirúrgica" que representa el momento de la cesárea (y que obligaba a la mujer a pasar por otra operación si finalmente se admitía practicar la ligadura). Las demoras en la remisión de los informes solicitados por la Defensoría, a veces se justificaban por estar aguardando el dictamen del Comité de Bioética o junta médica *ad hoc*, o bien, por tener que comprobar los antecedentes referidos por la mujer (trastornos físicos y psíquicos, historia obstétrica, dificultades en la adopción de métodos anticonceptivos):

[...] sugiere: "MAC transitorio hasta aclarar definitivamente el origen genético de la enfermedad. No constan en la historia clínica los problemas hepáticos mencionados por lo que la paciente debería estudiarse conscientemente. Tampoco constan los problemas de rechazo al DIU. La paciente debería consultar formalmente con el consultorio de Procreación Responsable del hospital. Será estudiada y aconsejada conscientemente y se sugerirá el método anticonceptivo indicado" (Informe del Director del hospital interpelado

en la actuación 5.451/01).

Para el caso de duda sobre los antecedentes en los que se fundaba la demanda de la mujer, se propuso un método alternativo por tiempo indeterminado. Esto remite al problema que se presenta toda vez que la concesión de determinado beneficio, o incluso derecho, está supeditada al reconocimiento de problemas de salud por parte de los/as especialistas autorizados (Parsons, 1984). Frente a esta situación, para las instituciones el dilema consiste en distinguir cuándo se trata de manipulación y cuándo de “verdaderos” problemas de somatización (Fassin, 2003).

Los trámites solían culminar con el dictado de una resolución, que en muchos casos estaban rotuladas “con recomendación”. Estas últimas fueron características de la gestión que culminó en 2003. En los considerandos de las resoluciones de ese período, de alrededor de once páginas, se presentaban la situación personal de la mujer que solicitaba la ligadura, así como la normativa aplicable (legislación nacional y local), la jurisprudencia y doctrina.¹³¹

En algunas, se sugería continuar el reclamo en la instancia judicial, y se derivaba al Consultorio de Patrocinio Jurídico Gratuito de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires para interponer recurso de amparo, al tiempo que se advertía que *“para el caso de una negativa dogmática a practicar la ligadura tubaria, se dará inicio a las acciones legales pertinentes en resguardo de los derechos de la peticionante”*. No obstante la evidente confrontación con las posturas más refractarias a la realización de esta práctica, las del tipo “confesional”, para retomar la categoría nativa, sólo en uno de los casos se llegó a esta instancia (o al menos esto no consta en los otros expedientes).

Las recomendaciones que incluyen estas resoluciones¹³² eran dirigidas, por un lado, al director/a del hospital, a quien se sugería arbitrar los medios necesarios para que los profesionales de su institución cumplieran con la indicación terapéutica que consideraran

¹³¹ Básicamente las normas y los antecedentes judiciales que fundamentaban las resoluciones 2070/99 y 223/00 (ver capítulo II).

¹³² Se enviaban copias de estas resoluciones a las mujeres que habían solicitado la ligadura tubaria y a los actores interpelados: director/a del hospital y secretario de Salud.

más apropiada a fin de preservar la integridad física de la mujer, y se le brindara información adecuada para que pueda dar su consentimiento. Asimismo, se le solicitaba notificar a la Defensoría el tratamiento que será impartido. La otra recomendación es la dirigida al secretario de Salud, que dio lugar a la iniciativa del Consenso de Expertos, y, posteriormente, a la resolución 874/03.

Cabe destacar que algunos expedientes fueron cerrados debido a la pérdida de contacto con las mujeres demandantes. Como reconoció la profesional arriba citada, las mujeres *“se cansaban mucho, no hacían todo el circuito. Se decidían por otro método”*. Pese al reconocimiento de las dificultades que implicaba para las mujeres emprender y completar este circuito, el mismo funcionario de la Defensoría identificó a este servicio con un tercer tipo, que calificó como *“amigable”*. Destacó la apertura de servicios de este tipo, que *“se comportan en el marco de la ley”*, y no cuestionó el recurso a la Defensoría, innecesario en el marco de la ley. Al mismo tiempo, minimizó el costo personal para las mujeres de la tramitación de la práctica a instancias de esta agencia.

La salida de ese circuito, por parte de las mujeres que llegaron a iniciarlo, es interpretada en términos de *“abandono”* no anunciado, y motivaban el malestar del personal que llevaba adelante estos trámites por el tiempo invertido (del Río Fortuna, 2007a). Lo mismo ocurría en la Defensoría del Fuero en lo Contencioso Administrativo y Tributario. Durante el trabajo de campo tuve oportunidad de conocer a mujeres que por entonces tenían intención de ligarse las trompas. Sin embargo, meses más tarde aún no habían podido, por diversos motivos, volver a consultar o realizar y/o completar los estudios quirúrgicos solicitados: falta de tiempo, reposo indicado por su obstetra, deterioro del estado de salud de una con parálisis cerebral, precariedad habitacional.¹³³ Es preciso entonces, contemplar las experiencias de vida cotidiana, desde las cuales, circuitos como éste pueden representar serios obstáculos para las mujeres que quieren ligarse las trompas.

¹³³ Cuando intenté comunicarme con una mujer que tenía indicación para practicar la ligadura al momento de la cesárea programada (en su caso porque vivía con VIH) no pude dar con ella por haber tenido que dejar el hotel donde vivía.

Aunque ninguno/a de los profesionales del servicio lo mencionó como práctica corriente o eventual, entre las actuaciones iniciadas en la Defensoría encontré que el pedido de una mujer que se atendía en este servicio durante este período (previo a la Res. 874) había sido sometido a consideración del Comité de Bioética, por intervención de la dirección del hospital.¹³⁴ Para ello se adjuntaba el informe elaborado por la jefa de división obstetricia. Si bien allí se da cuenta de la consideración de dimensiones que refieren tanto a las condiciones orgánicas como socioambientales, y se expresa la disposición a realizar la práctica, ante esas consideraciones, el recurso a este órgano externo al servicio supone una instancia más por la que debe pasar la mujer, con la consiguiente demora y exposición. Este antecedente obliga, entonces, a relativizar la apertura de la que profesionales del servicio hacen gala, al tiempo que explica su omisión.

La resolución 874/03

De acuerdo con la actual jefa del servicio, la Res. 874 significó un hito que dio lugar a un tratamiento “oficial” de la práctica de ligadura tubaria. Por un lado, valiéndose de esta norma, se comenzó a practicar la ligadura tubaria siempre por “indicación médica”, entendida como condición *sine qua non*, junto con la firma del consentimiento por parte de la interesada. Es decir, ya sin dar intervención a la Defensoría ni al Comité de Bioética, aunque nunca fue procedimiento de rutina en este servicio, mientras que era y aún lo es en otros.

El formato preimpreso de consentimiento informado inicialmente aplicado contemplaba, además de la firma de la paciente, la de su marido y de dos testigos. Sin embargo, de la revisión de historias clínicas de ese momento, muy pocos consentimientos contaban con tales firmas a excepción de la de la mujer. De acuerdo con la actual jefa del servicio, aquel formato –pensado como “resguardo legal”– obedeció a las condiciones establecidas para el tratamiento del tema por parte de la autoridad del Departamento Materno Infanto

¹³⁴ Se trata de la actuación 10.860/02.

Juvenil, al que pertenece el servicio de obstetricia. Su implementación, no obstante, se inscribe en el espacio de las prácticas cotidianas, que implicaron tanto dejar en blanco esos espacios, como firmar en calidad de testigos algún otro/a profesional del servicio sin haber estado involucrado en la indicación terapéutica de esta intervención.¹³⁵

A partir de entonces, la accesibilidad a la práctica en el servicio fue mayor, lo que se expresa en la evolución de la cantidad de intervenciones quirúrgicas realizadas,¹³⁶ y fue constituyéndose en un servicio "de referencia".

Sus profesionales coincidieron en señalar que el *criterio clínico* o la *razón biomédica* era el límite que la Res. 874 establecía para el acceso a la ligadura, acceso que recién unos años más tarde quedó, de acuerdo con la letra de la ley nacional 26.130/06, librado exclusivamente a la decisión manifiesta de las personas debidamente informadas acerca de lo que la práctica implica. Pese a que allí se definía la salud como "*una integralidad bio-psico-social*", y que las dificultades para la implementación de métodos anticonceptivos no quirúrgicos obedecieran al "*orden físico-clínico y/o psicológico y/o social*", esto no llevó a cuestionar la potestad de profesionales de la tocoginecología para valorar la conveniencia de recurrir a la ligadura tubaria, quienes sólo en ciertos casos podrían requerir de las:

[...] trabajadoras sociales en condiciones de evaluar el riesgo reproductivo, así como aspectos socioculturales relevantes al caso en discusión (el Servicio de Psicopatología ha rechazado la evaluación de las usuarias en las solicitudes de Salpingólisis). (Guía de procedimiento elaborada por el servicio sobre ligadura tubaria).

La experiencia de haber contado con diagnósticos psicológicos que se limitan a indicar que "*la paciente está orientada en tiempo y espacio*", se menciona como antecedente que desalienta la posibilidad de darles a profesionales de la psicología un lugar en el proceso que lleva a la indicación terapéutica. No obstante, la misma profesional expresó que:

¹³⁵ Si bien no exploré los sentidos y las negociaciones que esta instancia pudiera implicar para los/as profesionales que participaban, a la luz de las lógicas y las relaciones de fuerza que atraviesan la tramitación de esta práctica, cabe suponer que también la signatura en calidad de testigo estaría supeditada a la coincidencia en cuanto a la indicación de esta intervención.

¹³⁶ Como se vio en la Introducción.

[...] en ese momento teníamos dificultades con salud mental porque consideraban que esto era una práctica ilegal. Entonces salud mental no quería, *se abstenía* de participar, o sea que tampoco cumplía con la resolución, porque si la resolución decía que tenía que haber un equipo multidisciplinario y no había psicólogos, entonces ni siquiera transgredíamos también en ese sentido (Médica obstetra, jefa, 1).

Como se observa en este fragmento, el cuestionamiento no está puesto en la capacidad de los/as profesionales del servicio para evaluar, sino en la posición renuente de colegas de otro servicio (y portadores de un otro saber) a cumplir con la norma. Así, a la vez que refiere al rechazo de aquellos/as a participar de la validación de los pedidos de anticoncepción quirúrgica, refuerza la intención de posicionamiento del propio servicio de obstetricia de plegarse a la norma en el sentido de proceder de manera mancomunada con otros especialistas.¹³⁷

Planteada la “salida” del servicio de salud mental del circuito de evaluación de los pedidos de ligadura, el servicio de obstetricia recurrió al de trabajo social, según refirió una profesional de esta disciplina entrevistada, hasta que la jefa de ese servicio también se negó a participar del proceso:

L: [...] Y después la jefa, hubo un debate en donde la jefa dijo que no iba a hacer eso.

A: La jefa de trabajo social. ¿Con qué argumento?

L: Porque ella sostenía, digamos desde más arriba, donde si salud mental no quería ser parte de esto, nosotros tampoco podíamos dar cuenta y firmar esto. Porque había mucho temor a esto de los juicios y esta cuestión. [...] después a mi jefa, yo no-lo-sentía así, como un cuestión que a mí me comprometía en algo, *a mí*. Pero bueno, la decisión obviamente era de la jefa, entonces ella dijo: “si ustedes quieren hacerle la entrevista pueden hacérsela,

¹³⁷ Entiendo que la conformación de un equipo multidisciplinario no es una condición exigida por la Res. 874, ya que admite el acceso a la ligadura “*cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte del/la médico/a o equipo interdisciplinario de salud tratante*”. De hecho, conformar un equipo multidisciplinario *ad hoc* habría implicado, en cierta forma, transgredir el procedimiento que la resolución planteaba. Como se verá, no por quedar en manos de médicos/as, las indicaciones terapéuticas –tanto sea que habilitaran o prescribieran, o bien que contraindicaran o denegaran el recurso a la ligadura tubaria– dejaban de apelar a “condicionantes psicosociales”, “aspectos socioculturales”, “riesgo social”, tanto para referir el estado de salud, como al considerar las dificultades para la adopción de métodos anticonceptivos.

pero no le entregan nada que tenga que ver, o que diga algo de ligadura tubaria", no es que nos *prohibió* que asistiéramos a las pacientes, de ninguna forma. Lo que nos prohibió es entregar algo... (Trabajadora social, de planta, 11).

~~Pese a que la jefa de obstetricia nunca se refirió a esto, en aquel momento se procuró la participación sistemática de profesionales del servicio social, una vez evaluados los pedidos por los/as profesionales de la biomedicina:~~

A: ¿Eran mujeres que ya tendrían un OK por parte de los médicos para hacerse la intervención?

L: Sí, claró. De hecho iban con la derivación del doctor. Bah, primero lo habían planteado en el consultorio, estaba armado así el dispositivo, e iban a servicio social. Y les hacíamos firmar me acuerdo, como un consentimiento. Poníamos en el informe, bueno "se le informa a la paciente que el método es irreversible, dice que es una decisión tomada, vino con su pareja que está de acuerdo. [...] no recuerdo haber hecho una entrevista donde la paciente cambiara de opinión, o no conociera, no supiera de qué se trataba. No, no modificaba, a pesar de que le cambiábamos el escenario: "de acá a 10 años, tenés 25, a los 35, de tu vida sexual y reproductiva tenés 15 años más ¿no pensás que...?" en fin, y no, la verdad que no. [...] La verdad que era, me parece, como un trámite en vano. Que vinimos a llenar un espacio que por ahí, no sé si los médicos lo pedían ¿no?, así como (riendo) "no queremos estar solos en esto". Y ahí bueno, "que otra mirada nos ayude". (Trabajadora social, de planta, 11).

Como se desprende de este fragmento, la incorporación de la mirada de profesionales de otra disciplina, puesto que en ese momento sólo con "indicación terapéutica" las mujeres accedían a esta entrevista, venía a validar la decisión biomédica. Se observa también, que especialistas de trabajo social compartían con profesionales de la biomedicina valores, representaciones y estrategias.

Desde la entrada en vigencia de la Res. 874, el servicio se dedicó a construir un instrumento que permitiera estandarizar las prácticas profesionales en cuanto a la resolución de pedidos de ligadura tubaria:

M: La resolución lo que nos permitió a nosotros fue establecer una guía de procedimientos

para todo el mundo igual, que no hubiera un, *una* persona o, ¿entendés? Que se pusiera como una modalidad de trabajo, y ya no *desde* el consultorio de embarazo, sino también en el consultorio de procreación.

A: Igual acá prevalecía el tema del criterio médico ¿no? De que tenía que haber una razón...

M: En esa época previa sí.

A: No, después de la resolución de Stern.

M: La resolución de Stern también habla del tema médico.

A: No es a demanda, como es la ley.

M: Claro, pero nosotros ahí formulamos ya, en ese momento, la guía con toda la problematización en torno a la autonomía y al consentimiento de las mujeres. O sea, ya la guía de esa época ya habla de la cuestión de la autonomía.

A: Pero no era el espíritu de Stern...

M: No, no era el espíritu de Stern, el espíritu de la resolución no era ese, tal cual. Era una razón *biomédica* y además con un equipo *multidisciplinario* (Médica obstetra, jefa, 1).

Al tiempo que la profesional se refirió a las limitaciones que surgían del requisito de la *razón biomédica*, planteó una perspectiva que entendía novedosa: "*la cuestión de la autonomía de las mujeres*". La indicación médica exigida para acceder a la práctica debía sostenerse, entonces, en la decisión autónoma de la mujer. Para ello, a comienzos de su gestión como jefa del servicio –ya había entrado en vigencia la Res. 874– esta profesional se dedicó a la preparación de una guía de procedimiento a partir de la reelaboración de un instrumento que le había facilitado su antecesora, el denominado "semáforo".

Un protocolo llamado "semáforo"

"¿Cómo evaluar la decisión del usurario sobre anticoncepción permanente?" se pregunta una guía de procedimiento, que es puesta a disposición de la comunidad profesional en

actividades de difusión de la modalidad de provisión de la práctica de ligadura tubaria en este servicio.¹³⁸ El documento incluye un formulario de consentimiento informado (con una primera sección que brinda información acerca de la práctica, y una segunda parte para ser rubricado por la interesada y “*el/los profesionales responsables del proceso de consentimiento informado*”), la revisión de algunas normas que la regulan (Res. 874; ley 17.132/67; Código Penal, art. 34) y jurisprudencia que la avaló en virtud del artículo 19 de la Constitución Nacional. A continuación, esta guía de procedimiento incorpora el “semáforo” propiamente dicho.¹³⁹ Allí se propone una serie de cuestiones por indagar, entendiendo que:

Una de las responsabilidades del Equipo de Salud con las usuarias es verificar si ella ha tomado una **decisión libre, informada y voluntaria** sobre el procedimiento. Como el método es de carácter quirúrgico y reversible sólo a través de nuevas intervenciones, es necesario minimizar el **riesgo de arrepentimiento** (el resaltado me pertenece).

Detengámonos, en principio, en la primera sentencia y en la presentación del “semáforo” como una herramienta de evaluación “*que permite llegar a una decisión reflexionada, con tiempo y sin apuros*”. Como se muestra abajo, éste presenta preguntas que funcionarían como criterios considerados indicadores de la calidad de la decisión de la mujer que solicita la ligadura tubaria, y organiza algunas de las respuestas posibles a estas preguntas, a modo de orientación, en columnas que retoman los colores y los sentidos de las luces del semáforo.

¹³⁸ Este material me fue facilitado por personal de la Defensoría en oportunidad de una entrevista, previa al inicio del trabajo de campo en el servicio.

¹³⁹ La última parte de esta guía se dedica a los aspectos quirúrgicos. Señala el aumento del riesgo de morbilidad materna que implica la realización de la cesárea, y propone otro tratamiento quirúrgico (minilaparotomía infraumbilical). Describe brevemente este procedimiento y comenta las alternativas en cuanto a la anestesia y el tiempo estimado de internación.

Preguntas		Cautela	
<i>¿Quién tomó la decisión?</i>	Otra persona	Usuaría decidida, pareja/familia objeta	Usuaría
<i>¿Cuándo tomó la decisión?</i>	Ahora	Recientemente	Hace un tiempo
<i>¿Por qué optó por este método?</i>	Presión de otros	Escuchó que puede revertirse	No desea más hijos
<i>¿Cómo tomó la decisión?</i>	Bajo presión, muy preocupada	Sin tiempo, apresuradamente	Luego de pensarlo e informarse de otros métodos
<i>¿Qué sabe del método?</i>	Poco: no sabe que es quirúrgico, difícil de revertir, no podrá tener más hijos	Tiene conceptos erróneos	Sabe que es quirúrgico, difícilmente reversible, no podrá tener más hijos
<i>Disposición de otros métodos</i>	Puede optar por otros	Tiene pocos conocimientos de otros métodos	Conoce, usó, fracasó, tiene poca accesibilidad geográfica u horaria

A continuación, en esta guía se detalla cómo se debe proceder de acuerdo con la distribución de las respuestas:

Cuando alguna de las respuestas corresponde a la columna "ROJA", debe cancelar la cirugía y ofrecer un método alternativo.

Si las respuestas se corresponden con la columna "AMARILLA", la usuaria necesita consejería adicional.

Cuando las respuestas corresponden a la columna "VERDE", la usuaria es una candidata adecuada para la anticoncepción quirúrgica.

La determinación de las cualidades de la decisión, mediante el cuestionario propuesto, involucra la consideración de ciertas condiciones en las que ésta arraigaría. En este

sentido se incluyen tanto las relaciones familiares y de pareja (como fuente de presión u objeción); el tiempo que la mujer lleva pensando sobre esta posibilidad; el motivo de la decisión; su grado de conocimiento del método, y la posibilidad de recurrir a otros métodos.

La ambigüedad de las respuestas anticipadas es evidente: cabe preguntarse, por ejemplo, ¿cómo y quién determina que el haberse decidido por esta práctica hace X tiempo deba leerse como “recientemente”=“amarilla” o bien como “hace algún tiempo”=“verde”? Si se aplicara la lógica propuesta por el semáforo a la misma pregunta formulada en el momento de la cesárea, cuando el/la profesional toma conocimiento de un estado físico en el que un nuevo embarazo resultaría “altamente riesgoso”, la respuesta (“ahora”=“roja”) implicaría no proceder con la cirugía. Sin embargo, los/as profesionales no dudan acerca de la conveniencia de realizar terapéuticamente una ligadura en tales circunstancias. Vale preguntarse, entonces, qué lugar a la “autonomía de la mujer” deja, en esos casos, la decisión de considerar válido un consentimiento brindado en tales circunstancias, y tomado por iniciativa médica.

La segunda cuestión mencionada en el texto que presenta al semáforo como instrumento idóneo para dirimir el acceso a la ligadura tubaria, refiere al “riesgo de arrepentimiento”. En este sentido agrega que: *“Hay otros factores que se asocian con mayor frecuencia al arrepentimiento posterior, éstos son: Joven, menor de 30 años; Con pocos o ningún hijo, y Todos los hijos del mismo sexo”*, de acuerdo con datos que surgen de la literatura médica de carácter estadístico-descriptivo que, a través del análisis multivariado, extrae conclusiones por asociación de las variables consideradas.

Al justificar la capacidad operativa del “semáforo” frecuentemente las/os profesionales incluyeron los criterios enunciados entre los “factores de arrepentimiento” entre las cuestiones organizadas en la caja de colores:

M: ¿Viste que ellos tienen un consentimiento? Un semáforo, que se usaba en ese momento, ahora ya prácticamente no. Ellos debían, ante la solicitud de la paciente, llenar ciertos **requisitos del semáforo**, bueno (enumerando): la cantidad de hijos, la edad de la paciente, si había tenido algún trastorno en su vida que le hiciera tomar la decisión. Entonces eso iba

a un grupo: amarillo, rojo o verde, ¿me entendés? Eso era antes de la ley, porque era lo que nos aseguraba a nosotros la decisión de la paciente...

A: Claro, era como el encuadre para...

M: Claro, ¿me entendés? Si era "amarillo" o "rojo", era "no", porque es ni está segura, no está convencida, escuchó nada más por ahí que podía haber una ligadura y lo planteó, no sabe lo que es [...] Había vía libre, que en general el "verde" eran pacientes que venían con cinco cesáreas anteriores, obvio...

A: Claro, el criterio médico (...) ¿Y nunca hubo un criterio, digamos, que no sea lo clínico?

M: Y, antes de la ley no. No, en general era por criterio clínico (Ginecóloga, de planta, 2) (el resaltado me pertenece).

Así, el "semáforo" fue referido como la herramienta que permitía juzgar el nivel de seguridad o convicción en la decisión de la mujer que solicitaba la práctica, y la conveniencia de realizarla o no de acuerdo con los "factores de arrepentimiento" y ciertos criterios técnico-clínicos, como cantidad de cesáreas, por ejemplo. Así, cuestiones de distinto orden se enredan y condensan en el semáforo. En todo caso, queda claro que, si se trataba de velar por la "decisión autónoma de la mujer", esto cabía siempre y cuando los/as médicos aconsejaran realizar la práctica en cuestión, condición *sine qua non* de acuerdo con la regulación por entonces vigente.

La entrega del consentimiento informado preimpreso, que incluye el cuadro-semáforo (en blanco, sin las respuestas), fue valorada como una estrategia eficaz que permite saber el grado de convencimiento de las mujeres que solicitan la práctica. Las mujeres se lo llevaban, y aún hoy lo siguen haciendo, con recomendación de leerlo tranquilamente y compartirlo con quien deseen, para luego devolverlo firmado y ser incorporado a la historia clínica:

[...] esta instancia de llevárselo a su casa y devolverlo, lo devuelven escrito, y que ellas mismas escriben en el semáforo lo que les parece, ¿viste? Entonces, digo, es como un reaseguro, ahí sí que nadie me va poder juzgar... no es que está puesto el pulgar derecho. [...] Por suerte la tranquilidad que tenemos es esto de las, muchas minas que escriben esto,

entonces decís “bueno, esto no dependía del que tomaba, del que llenaba las crucecitas: dependía de la señora, y está bueno”, ¿me entendés? (Médica obstetra, 1) (el resaltado me pertenece).

La devolución del consentimiento, con respuestas a las preguntas anunciadas en el semáforo, de puño y letra de las propias interesadas en la práctica, fue planteada como una instancia última de validación. Pero esta instancia requería, aunque parezca redundante decirlo, que antes le hubiera sido extendido el formulario de consentimiento informado, lo cual, según observé, no siempre ocurre.¹⁴⁰ De hecho, la discusión acerca de la posesión de este documento fue motivo de enfrentamiento entre profesionales del servicio y miembros del Comité de Bioética del hospital:

[...] eso fue una decisión neurótica, que figurara el semáforo con el cual nosotros habíamos tomado la decisión en la historia clínica. En el consentimiento informado [desde el Comité de Bioética del hospital] querían que apareciera [...] pidieron que se incorporara al consentimiento informado, que era sólo la mitad hoja, en el reverso, el semáforo para el consentimiento. Que *estuviera* en el consentimiento, o sea, que no quedara en el carnet en poder de las mujeres, porque ese carnet perinatal se devuelve a las mujeres, se lo llevan a su casa (Médica obstetra, jefa, 1).

La incorporación del semáforo en el consentimiento informado fue, como relató esta profesional, resultado de una negociación entre el servicio y el Comité de Bioética del hospital. La posesión del “semáforo” constituyó el eje de discusión, en tanto conllevaba la prescripción médica de la ligadura, como llave de acceso a la práctica. Veamos por qué.

El servicio había implementado pegar una copia del cuadro-semáforo al carnet perinatal¹⁴¹ de las mujeres con indicación para realizar la ligadura. Se procuraba paliar la incomodidad y resistencia de los/as profesionales de guardia que alegaban ser responsabilizados por la provisión de la ligadura sin tener constancia de que las mujeres hubieran sido debidamente informadas. A través de esta estrategia, según explicó la jefa de servicio, era el/la profesional que había atendido a la mujer a lo largo del embarazo

¹⁴⁰ Analizo los modos contemporáneos de implementación del consentimiento en el capítulo VI.

¹⁴¹ En este carnet se registran las consultas durante el control del embarazo.

quien se responsabilizaba de haber brindado la información necesaria a la mujer para que consintiera la práctica a través de la firma del "semáforo" adjuntado al carnet. Se garantizaba, de este modo, que en caso de ser operadas de urgencia les fuera practicada esta intervención,¹⁴² ya que en esas circunstancias no se dispone de la historia clínica rubricada por el/la profesional tratante.

Frente a la oposición del Comité de Bioética a que la mujer fuera portadora del "semáforo" que la habilitaba a realizar la práctica por ella solicitada, el servicio concedió la inclusión del cuadro-semáforo en el reverso del consentimiento informado sin quitar el que se adjuntaba al carnet perinatal. La disputa institucional por la posesión y circulación del "semáforo" revela a este instrumento, siempre que arroje una "luz verde", obviamente, como salvoconducto para el acceso a la ligadura, un recurso indispensable aunque no suficiente, porque, de hecho, no lo garantiza.

La exigencia mencionada da cuenta de la posición del Comité de Bioética, contraria en buena medida a la práctica de ligadura tubaria. Esta perspectiva se evidencia en el relato de la jefa del servicio sobre las condiciones que hicieron posible considerar "validado" por este Comité el propio "semáforo":

M: ¿Y el Comité de Bioética que papel desempeñó en eso?

M: El Comité de Bioética tuvo dos (se ríe) en realidad se confundieron. Creo que lo firmaron confundidos. Porque le presentamos juntos (dirigiéndose a dos de las tres entrevistadoras) ¿se acuerdan cómo fue esto? El proyecto para identificar a las mujeres, se presentó junto con la guía, y firmaron las dos cosas juntas. [...] Sé que es así porque hicieron un solo consentimiento, y cuando yo dije (con tono fanfarrón) "pero sí, si acá se hace", dijeron (con tono bobo) "no, eso, eso era para un estudio..." (más risas). Hubo mucho lío con eso, después hubo mucho lío, pero *mucho lío*, porque el presidente del Comité de Bioética se sintió como engañado, presionado, y además hubo un (se interrumpe). Cuando salió la ley vinieron de la Defensoría para charlar con los del Comité de Bioética, porque hay muchos lugares que insisten en el Comité de Bioética, y el

¹⁴² Es decir, que no sea desaprovechada la oportunidad quirúrgica, ya que esto implicaría someter a la mujer a una nueva intervención para realizar la ligadura.

presidente quiso decir (riendo) *quiso* decir que él se había confundido en la firma, y quedó como un mongui que nadie lo escuchó, y dijeron "bueno, bueno". Además el cura, porque también en una declaración para un periódico que me habían hecho a mí, yo dije que estaba validado por el Comité de Bioética, que incluía un cura en su, y en el periódico apareció "validado por un cura". Entonces ahí también se armó un lío bárbaro con el Comité de Bioética, que hizo una manifestación de que ellos no habían, no había sido así, pero bueno, nada. Tres semanas atrás el presidente del Comité había dicho dijo que él estaba retranquilo porque sabía que eran todos semáforos verdes, y entonces todos lo miraron y le dijeron "pero, ¿qué querés decir con eso? -Y, que no se hacen". Se quedaron todos como diciéndole "Cómo, ¿pero vos no manejas?" (risas) (Médica obstetra, jefa, 1).

El espíritu refractario del Comité de Bioética hacia la práctica de ligadura tubaria se desprende de este comentario sobre la "tranquilidad" manifestada por uno de sus integrantes debido a la interpretación errada de lo que implicaban, en términos de resolución de los pedidos, los "semáforos verdes". En este equívoco, explicó la jefa del servicio, radicó, en parte, la aceptación de la guía propuesta por el servicio.

Según refirió con ironía la misma profesional, hubo otra confusión que contribuyó a esta aprobación. En una ocasión se sometió a ese Comité un proyecto de investigación sociológica, que también incluía un consentimiento informado,¹⁴³ el servicio remitió, junto con aquel, el formulario de consentimiento informado para la práctica de ligadura. Así, se habría dado una confusión entre este consentimiento y el proyecto de investigación, por la cual ambos fueron aprobados por el Comité durante el año 2004.

A propósito de la aceptación de la guía-semáforo por parte de este órgano, la profesional entrevistada se refirió al momento en que su validación adquirió estado público. Una nota periodística, publicada en vísperas del tratamiento parlamentario del proyecto de la ley nacional de anticoncepción quirúrgica, expresaba: *"El Comité de Bioética, entre cuyos miembros hay un cura católico, avala el procedimiento, pero no está previsto que tenga que evaluar*

¹⁴³ Se trata del proyecto de las colegas que mencioné en el capítulo I, a quienes se dirige la profesional en un pasaje de la entrevista.

cada caso en particular".¹⁴⁴ La irritación que, según me comentó, este anuncio provocó entre los integrantes del Comité, evidencia la sensibilidad que el tema evoca, a la vez que implica una disidencia con la postura hegemónica de la Iglesia Católica, institución que históricamente ha condenado esta práctica.¹⁴⁵ No obstante, esta profesional reconoció que el sacerdote fue el principal apoyo a la guía de entre sus colegas del Comité: a partir de su abierta y radical oposición al aborto, entendía que la ligadura tubaria constituía una opción conveniente que evitaba llegar a esa instancia.

La ligadura tubaria en otros servicios

Una vez entrada en vigencia la Res. 874 el servicio ya constituía un "referente" para la provisión de la práctica de ligadura tubaria, que venía absorbiendo la demanda que era rechazada en otros servicios. Entre las historias clínicas revisadas, encontré notas de profesionales de centros asistenciales del conurbano bonaerense y de una organización de mujeres de la zona oeste del Gran Buenos Aires¹⁴⁶ dirigidas a la directora del hospital, en las que se solicitaba la intervención de ligadura tubaria. Las de esta ONG son especialmente cordiales, en función del vínculo de sus integrantes con la directora del hospital, también movilizada por los derechos que hacen a la "salud reproductiva" de las mujeres. Según refirió la trabajadora social entrevistada, desde otros servicios sociales de instituciones sanitarias públicas se comunicaban con sus colegas en este hospital a fin de gestionar la atención para mujeres que contaban con "indicación médica".

Tal como relató una de las médicas de este servicio:

Hubo un primer momento de mucho placer digamos, cuando... Cuando no estaba el instrumento legal, que vos decías "bueno, esto es por una **decisión política de bien ser**, nosotros queremos cambiar la mirada, y queremos ofrecer...", todo bárbaro (Médica

¹⁴⁴ *Página/12*, 28 de junio de 2006.

¹⁴⁵ Como se vio en el capítulo anterior.

¹⁴⁶ Los elementos recabados por esta ONG para elevar el pedido al servicio son analizados en el capítulo VI.

obstetra, jefa, 1) (el resaltado me pertenece).

Es común, entre los/as profesionales del servicio, hablar con orgullo de un desempeño caracterizado por su singularidad, y orientado por la *"decisión política de bien ser"*, según expresó esta médica. Así, ella inscribió la modalidad de trabajo desplegada antes de que entrara en vigor la ley 26.130/06 en un compromiso político que contrasta con la actitud reticente de otros servicios a proveer esta práctica. Con esta estrategia de presentación de un posicionamiento particular en el campo político institucional de la *"salud reproductiva"*, fue solapada la vigencia de la norma específica (la Res. 874), que en otras oportunidades ella misma reconoció que había habilitado mayor apertura para la provisión de la ligadura tubaria. Al mismo tiempo, silenciaba temores compartidos con colegas de ese y otros servicios ante la vigencia del Código Penal. Contra esa interpretación, en la guía de procedimiento se expresa que el art. 34 del mismo código contempla la despenalización de la práctica cuando ésta fuera la indicación terapéutica, a través de una intervención que sacrifica *"un bien menor en aras de un bien mayor"*.¹⁴⁷

Veamos cuáles eran las modalidades de atención de los pedidos de ligadura en otros servicios de salud y sus fundamentos.

El jefe de unidad del servicio de ginecología refirió que:

A: Ahora, antes de que surgiera la ley de anticoncepción quirúrgica, ¿no tuvieron casos en los que médicamente se hubiera justificado realizar la práctica, apelando a la ley de ejercicio de la medicina, en tanto último recurso?

M: No, en la generalidad de los casos oficialmente uno hace lo que lo autoriza y permite la ley.

A: Sí, por eso digo...

M: Lo que no está permitido era derivado a un lugar donde se hiciera procreación responsable para hacer el asesoramiento correspondiente.

¹⁴⁷ Entiendo que se refería, en estos términos, al inc.3 del art. 34 del Código Penal sobre la inimputabilidad de "el que causare un mal por evitar otro mayor inminente a que ha sido extraño".

A: Con métodos alternativos.

M: Sí, sí (Ginecólogo, jefe, 10).

Este profesional, jefe de unidad del servicio de ginecología del hospital donde realicé el trabajo de campo, interpretaba que la ley de ejercicio de la medicina (17.132/67) prohibía la práctica de ligadura de manera absoluta; y que la Res. 874, por ser una norma de rango inferior, no alcanzaba a contrapesar tal prohibición. Él mismo se refirió a la ley 26.130/06 como un punto de inflexión, *"un antes y un después"* que trajo alivio a mujeres y profesionales. No obstante, una vez que entró en vigencia, propuso dar participación al Comité de Bioética como órgano responsable de dirimir la posibilidad de practicar la ligadura a pedido de las mujeres. Esta estrategia fue, según explicó, desestimada a través de un dictamen del propio Comité, por considerar que *"con el aval del clínico o psicólogo que corresponda era más que suficiente"*. Este "aval" implica, en rigor, someter el derecho de las mujeres a practicar la ligadura al criterio del/la profesional, aunque con mayor diligencia y menor exposición que la estrategia propuesta por aquel médico (evaluación a cargo del Comité de Bioética). Teniendo en cuenta la interpretación que este jefe de unidad expresó en torno a la ilegalidad absoluta de la práctica, aquella propuesta se manifiesta como una iniciativa para restringir el acceso efectivo de las mujeres a ella, puesto que la ley 26.130/06 modifica radicalmente la definición de la ligadura tubaria.

Su colega, la jefa de división del mismo servicio, también expresó que antes de la ley 26.130/06 el servicio no admitía practicar la ligadura tubaria, ni siquiera cuando existiera indicación terapéutica: *"Previo a la ley no, la palabra es no, y mi palabra es no. Con la ley todo, sin la ley, fuera de la ley nada, con o sin pago, nada"*. Más adelante en la entrevista, frente a la situación de identificación de un riesgo clínico importante, admitió la pertinencia de la indicación, aun cuando ésta implicara incurrir en un acto que entendía como ilícito a la vez que médicamente razonable:

M: [...] ¡resulta que la mujer tenía, *clínicamente* tenía los mil y un riesgos para otro embarazo! Así que *muy* sabiamente quien la vio en el hospital...

A: (completando) Se jugó...

M: Se jugó y se la hizo.

A: Aún cuando no estaba la ley.

M: Aún cuando no estaba la ley, porque hay casos y casos, que uno tiene que contemplar.

Uno no puede ser tan estructurado.

A: Claro, por eso te preguntaba...

M: Claro, pero acá, ¿sabés cuál es el problema? Acá estás en un medio *público*, esto es un, acá actuás como un funcionario público. Entonces (con gesto de disimulo) por ahí, *sotto voce* lo podés llegar a hacer, pero con *mucho* cuidado, porque la cosa va, y cuando eso está penalizado... (Ginecóloga, jefa, 9).

Esta médica reconoció la necesidad de cierto margen de maniobra para contemplar situaciones que, en su opinión, el esquema legal no permitía, inscribiendo la práctica de ligadura en la tensión entre la regulación general y la resolución de circunstancias particulares. Sin embargo, en su servicio la ligadura no era provista, con el argumento de su absoluta interdicción legal. Al mismo tiempo, la práctica de esta intervención en instituciones públicas quedaba sujeta al coraje de los/as profesionales (de otros servicios), como demostró al adherir a la valoración de la actuación de aquel médico que “*se jugó*”, según interpretó mi colega. Tanto esta interpretación –de la realización de la ligadura “*sotto voce*” como un acto de arrojo– como el rechazo a practicarla en ese servicio, obedecen, desde la perspectiva de esta médica, a la posibilidad de ser objeto de demandas penales.

Asimismo, la negativa de éste y otros servicios públicos a practicar la ligadura tubaria es ampliamente interpretada, y en gran medida justificada, también por profesionales del servicio de obstetricia como una práctica vinculada al temor a ser sancionados en función de esa prohibición histórica. Sin embargo, la exigencia de autorización judicial para realizarla fue decreciendo, al tiempo que los juzgados y las defensorías todavía interpelados comenzaron a dar un tratamiento más ágil y coactivo a los servicios para que procedieran con la práctica cuando ésta fuera la indicación terapéutica.

Un estudio reciente sobre la “esterilización femenina” en el partido de Gral. Pueyrredón

(provincia de Buenos Aires) muestra el incremento del porcentaje de pedidos de ligadura tubaria judicialmente autorizados. Las autoras, Patricia Urbandt y María Carla Bostiancic, lo interpretan con alarma, a partir de proyecciones estadísticas técnicamente cuestionables y consideran que el proceso de autorización de estos pedidos resultó en "trámites administrativos, fríos y burocráticos" (Urbandt y Bostiancic, 2008: 206). Sin embargo, desatienden el hecho de que el porcentaje de intervenciones autorizadas en instancias judiciales, pero no efectuadas sobre el total de las autorizaciones judiciales, también fue en aumento, lo que resalta la complejidad de las condiciones en las que se desenvuelven estas resoluciones, que en parte son mediadas por las prácticas de los/as profesionales de la salud.

En la ciudad de Buenos Aires, desde la Res. 874, cada vez más servicios fueron sumándose a la provisión de esta práctica. Asimismo, la cantidad de actuaciones abiertas por este motivo en la Defensoría del Pueblo comenzó a disminuir, año tras año, desde 2003 (como muestra el cuadro presentado en el capítulo I). A continuación recupero las estrategias con las que esta agencia se involucró, desde entonces, en la política en torno a la ligadura tubaria.

Las acciones de la Defensoría del Pueblo

Si bien, como se vio en el capítulo anterior, esa resolución no fue oficialmente publicada, el jefe del área de salud de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires expresó que la Res. 874 había sido difundida por la Secretaría de Salud del GCBA. También la propia Defensoría contribuyó a darle visibilidad al incluirla en el *Compendio Normativo 2*, que distribuyó entre los servicios de salud de la red asistencial pública.¹⁴⁸ Se trata de un cuadernillo más extenso y exhaustivo que su versión anterior, producido por la gestión previa, que compila una selección de normas, leyes, tratados internacionales, resoluciones,

¹⁴⁸ La versión digital fue enviada por correo electrónico a los servicios, y la impresa en papel fue distribuida en los talleres que se describen a continuación.

etc., o fragmentos de ellas “vigentes en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos” en esta ciudad.¹⁴⁹ En virtud de esto, se consideró que “nadie puede alegar desconocimiento, y que no esté publicada no le resta vigencia”.

Además, durante el año 2005, el área de salud de esta Defensoría realizó talleres orientados a difundir el esquema normativo vigente sobre las prácticas asistenciales en salud reproductiva (para el caso de la ligadura, la Res. 874), dirigidos a profesionales de la salud.¹⁵⁰ Estaban a cargo de estos talleres un abogado, una antropóloga y una trabajadora social, todos empleados de la Defensoría. El abogado, como me señalaron en varias oportunidades, no estaba formalmente vinculado al área de salud de esta agencia, sino que participaba de las actividades desde su compromiso con la causa. Su aporte es referido como fundamental, en tanto permitía a los/as participantes despejar dudas relacionadas con aspectos legales, sobre todo los que se relacionan con el “fantasma de los juicios por mala praxis”, según el funcionario a cargo del área. El estatuto fantasmagórico que se atribuye a tales pleitos, se corresponde con la inexistencia de procesos judiciales contra los profesionales por el hecho de haber realizado una ligadura de trompas. La revisión de jurisprudencia a cargo de aquel abogado es un dato, de carácter contundente, que el personal de la Defensoría arrojaba en cada espacio al que se presentaba.

En el balance de esta estrategia, junto con la cantidad de profesionales que participaron –entre 250 y 300, según refirió en distintas oportunidades– un funcionario de esta Defensoría señaló el “boicot” por parte de algunos jefes de servicio, que se expresó en la escasa o nula participación de sus profesionales de planta: en su lugar, desde servicios renuentes sólo participaron profesionales residentes, pese al “carácter cuasi obligatorio” de la convocatoria.

¹⁴⁹ En la primera versión se incluyen: resoluciones de la Defensoría sobre el consumo de ácido fólico para la prevención de malformación fetal por anencefalia, la inducción del parto por diagnóstico de feto anencefálico, la práctica de ligadura tubaria por indicación terapéutica, Consenso de Expertos sobre Ligadura Tubaria, Tratados internacionales (CEDAW –arts. 12 y 16–, y menciona el Pacto de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención Americana sobre Derechos Humanos; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer); Constitución de la CABA –arts. 20 y 37–, ley 418/439, ley 17.132 /67 –inc. 3 y 4 del art. 19; inc. 18 del art. 20–; Código Penal –inc. 1 y 2 del art. 86.

¹⁵⁰ Estos encuentros tuvieron lugar en los hospitales. Desde la Secretaría de Salud del GCBA fueron convocados los servicios involucrados en la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable a través de *memos* enviados a las autoridades de los hospitales.

Además de los lineamientos planteados por las autoridades de esos servicios, que se expresaban en la derivación de mujeres que habían solicitado la ligadura hacia esta agencia, también identificó la persistencia de resistencias planteadas por los/as profesionales individuales. Aunque con distintos modos de gestión para uno y otro caso, como se vio, una vez entrada en vigencia la Res. 874, la misión de esta agencia era concebida en términos de *"conseguir que [los servicios y sus profesionales] se apeguen a la norma"*. Así, la Defensoría continuó participando del circuito de resolución de pedidos de ligadura, pese a la disminución de actuaciones originadas en reclamo de esta práctica. Disminución que este funcionario interpretó de manera paradójica: por un lado, reconoció que *"los números no son un reflejo de la realidad"*, ya que persistían dificultades para el acceso a la práctica, lo que, por ejemplo, se observa en las derivaciones de mujeres hacia el servicio donde hice el trabajo de campo. Por otra parte, el descenso de actuaciones obedecía a una modalidad más informal de resolución que evitaba abrir expedientes. En su lugar, se realizaba un contacto telefónico en el que se explicaba el procedimiento a seguir de acuerdo con la Res. 874 ante las solicitudes de ligadura tubaria. Asimismo, consideró que, sobre todo, fue la existencia de esta regulación la que habría contribuido a disipar los "fantasmas" antes comentados. En el mismo sentido, entendió que otras iniciativas de la Defensoría resultaron "facilitadores" de este entendimiento: el Consenso de Expertos; los talleres informativos, donde algunos/as profesionales habrían tomado conocimiento del rol desempeñado y la eficacia de las intervenciones de la agencia en situaciones previas similares; y el acercamiento más informal a los servicios. Estas últimas dieron lugar a un proceso que una de las empleadas involucrada en estos trámites caracterizó como un ejercicio pedagógico y de sensibilización de los/as profesionales de salud.

Con posterioridad al dictado de Res. 874,¹⁵¹ se observa cierto cambio en la retórica de las resoluciones de la Defensoría en referencia a la ley 418/00 de salud reproductiva y procreación responsable. A diferencia de las anteriores, donde se destacaba la

¹⁵¹ Cabe señalar que pasaron unos meses desde que ésta fue emitida hasta que fue incorporada, en los considerandos de las resoluciones elaboradas por Defensoría, en relación con el marco normativo que fundamentaba la posibilidad de recurrir a la ligadura tubaria en determinadas circunstancias.

disponibilidad de métodos anticonceptivos alternativos –reversibles, transitorios–, a partir de entonces se refieren algunos de sus objetivos, recordando que esta ley se propone: *“garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección”*; *“contribuir a la prevención del embarazo no deseado”*; así como entre sus acciones prevé *“garantizar la provisión de los recursos necesarios y la realización de las prácticas médicas requeridas en cada caso según el método elegido”*. Por esta vía, entonces, se destacan ciertos derechos en lugar de enfatizar la excepcionalidad de la ligadura, y se inscribe la Res. 874 en el espíritu de la ley 418, ya que se señala que sus principios constituyen el marco en el que fue dictada: allí la ligadura queda definida como una intervención que permite el control de la fecundidad en determinadas circunstancias. Al mismo tiempo se recuerdan las condiciones para el acceso a ella de acuerdo con esa resolución.

Unos meses más tarde, cuando el tratamiento de estos reclamos pasó al área de salud, las resoluciones adquirieron un formato muy breve, en el que se reseñaban sucintamente los movimientos que tuvieron lugar durante el seguimiento del trámite hasta su culminación, y cómo se resolvió la demanda. La única norma que las resoluciones de este período citan sistemáticamente es la Res. 874, y ya no se menciona la posibilidad de iniciar acciones judiciales. Asimismo, de las siete resoluciones de este período que indican *“por problema resuelto o cumplido”*, cinco de ellas fueron resueltas favorablemente, de acuerdo con la decisión de la mujer. Por un lado, esto parece confirmar la tendencia a recurrir a esta agencia en circunstancias habilitadas por la normativa vigente, y por otra parte sugiere una mayor predisposición a practicar esta intervención.

Una interpretación diferente de la disminución de actuaciones con motivo del acceso a esta práctica, da cuenta de la trama de intereses, sentidos y disputas implicada en la construcción de esta política pública. Fue una de las empleadas del área de salud quien sugirió que el posicionamiento personal de la actual Defensora del Pueblo¹⁵² estaría entre

¹⁵² Dra. Alicia Pierini.

las causas de esa tendencia.¹⁵³ Esta interpretación puede sustentarse, por un lado, a partir del hecho de que su gestión había abandonado completamente la estrategia de enfrentar judicialmente las resistencias dogmáticas a realizar ligaduras (iniciativa que, como se vio, formaba parte de las acciones de la gestión anterior). Por otro lado, la Defensora en ese entonces (y hasta la fecha), cuando participó como miembro de la Convención Constituyente se opuso a la inclusión de los "*derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos básicos*". Y luego, como legisladora, presentó varias objeciones desde el bloque justicialista a la ley 418/00, revelando un carácter ciertamente conservador en materia de sexualidad, en tanto sus intervenciones en ambas oportunidades se alinearon con las sostenidas desde la perspectiva católica.

Por otra parte, la disminución de expedientes abiertos en el tema que nos ocupa, es común a la merma en la cantidad de actuaciones sobre otras cuestiones. Según la misma empleada, esto es efecto de un cambio en la política institucional que recortó los vínculos con las organizaciones de la sociedad civil y se volvió menos receptiva de los reclamos individuales.¹⁵⁴

En este capítulo se mostraron los distintos modos en que la práctica de ligadura fue tratada en el servicio. Éstos se revelan influidos en buena medida por el posicionamiento de su autoridad en cada momento (que tiñe, también, otras actividades), al tiempo que se revelan espacios de discrecionalidad. Fue en las dos últimas gestiones que el servicio se perfiló como proveedor referencial para la ligadura, tanto para otros servicios como para la Defensoría y ONGs. Este recorrido implicó disputas y arreglos intrainstitucionales, tanto en relación con profesionales de la salud de otras disciplinas, como a través del recurso a la Defensoría del Pueblo, circuito que las mujeres debían recorrer para acceder a

¹⁵³ Tendencia que su jefe interpretó mayormente de manera optimista, al destacar la agilidad y sensibilización lograda entre los/as profesionales, efectos también reconocidos por esta empleada, no obstante su mayor distanciamiento crítico.

¹⁵⁴ A partir de una serie de medidas: dejó de circular una revista dirigida a organizaciones sociales vinculadas al área y disponible en la Defensoría (que fue reemplazada por un *newsletter* electrónico); se levantó un programa radial, y desapareció mucha folletería explicativa.

la práctica.

La elaboración e implementación del dispositivo que denominan “semáforo”, para evaluar los pedidos de ligadura, tuvo lugar por estos años, previos a la sanción de la ley (las modalidades de su implementación son analizadas en el capítulo VI).

Las normas revisadas en el capítulo anterior se revelan aquí fuentes de tensiones a la vez que dan lugar a modos de presentación “interesados” al decir de Bourdieu (1988), que se manifiestan tanto en la mención como en la omisión de ciertas prácticas. Veamos ahora la dinámica contemporánea del servicio.

CAPÍTULO IV

EL SERVICIO Y LA PRÁCTICA HOY

El espacio del servicio de obstetricia, y especialmente del consultorio de salud reproductiva, son presentados en este capítulo. Centro el análisis en la dinámica organizacional contemporánea del servicio en cuanto a la práctica de ligadura tubaria. Presento, a partir de las alternativas quirúrgicas, los distintos espacios institucionales recorridos por las mujeres interesadas en ligarse las trompas. La logística de este servicio incluye, como se verá, un consultorio especializado, internamente denominado "consejería para ligadura", en el marco del consultorio que implementa el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. A partir de su inserción institucional, se analizan las prácticas y los sentidos de distintos actores sociales en torno al reconocimiento de este servicio como "centro de derivación".

El servicio de obstetricia

"La maternidad", como los/as profesionales denominan al servicio de obstetricia,¹⁵⁵ dispone de la mayor parte de la primera y segunda plantas de uno de los pabellones del hospital, próximo al edificio central de éste. Para acceder al pabellón se debe cruzar el *hall* central, tomar un pasillo que conduce al interior del predio y cruzar una de sus calles internas. En la planta baja funcionan la guardia y la sala de internación del servicio de pediatría. En la primera planta se encuentran los consultorios de obstetricia propiamente dicha, donde se realizan los controles de embarazo, el de salud reproductiva, y las secretarías de ambos. En este piso se ubican, además, la sala de neonatología y el centro

¹⁵⁵ El servicio está integrado por médicos/as obstetras, 7 de planta y 11 de guardia; residentes y concurrentes de tocoginecología; residentes de medicina familiar; licenciadas obstétricas (parteras), todas de guardia excepto una que tiene nombramiento de planta; dos licenciadas en trabajo social; varias enfermeras y agentes de salud; una licenciada en psicología, y dos secretarías. Una de las secretarías se aboca principalmente a tareas de recepción y entrega de turnos, y la otra, a la carga de datos para distintos programas sanitarios.

obstétrico: la sala de internación de mujeres en trabajo de parto o que atraviesan un aborto, la sala de partos, y el quirófano de la maternidad. En este quirófano se realizan las cesáreas y, eventualmente, las ligaduras, y los legrados. También en este piso se encuentran la habitación de las obstétricas y un aula para las clases, ya que se trata de un hospital escuela.

En la segunda planta están las salas de internación del servicio, una en cada ala del edificio, donde permanecen las mujeres que tuvieron recientemente su bebé, y las que se recuperan de un aborto. Hacia el final de una de las salas hay dos despachos enfrentados puerta a puerta: el de la jefatura del servicio, y la oficina administrativa. También en este piso, junto al *hall* de distribución, están la habitación u *office* de los/as residentes, la de las enfermeras, los baños de las pacientes, y una sala donde se guardan materiales quirúrgicos y demás insumos. Junto a la puerta de acceso a esta planta (desde el descanso de la escalera y ascensor externo) se encontraba permanentemente una empleada de una empresa de seguridad privada.¹⁵⁶

Las salas de espera frente al consultorio de salud reproductiva y el registro civil (en el primer piso), y frente a la guardia y el acceso a la maternidad (en el segundo)¹⁵⁷ son, en realidad, el espacio que en cada piso va de la escalera ascendente hasta la descendente (rodeando el ascensor), donde se disponen contra la pared algunos bancos y sillas. Están iluminadas mayormente por la luz que entraba por las ventanas sobre las escaleras.

Entre la secretaría y los consultorios de control de embarazo hay un espacio de espera con sillas. Sin embargo, la fila que hacían las mujeres ante la secretaría, tanto para sacar turno como para anunciarse si estaban citadas para el día, solía llegar casi hasta la planta baja.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Esta distribución se vio afectada durante varios meses cuando comenzó la obra de modernización en el centro obstétrico, en el primer piso. Durante ese tiempo, la guardia pasó a funcionar en la segunda planta y muchas camas de las salas de internación en este piso quedaron ociosas.

¹⁵⁷ Excluida la observación en el espacio de la sala de internación, no transité más que eventualmente por esta sala de espera.

¹⁵⁸ Volví a sorprenderme con esta imagen cuando reinicié el trabajo de campo, ya que en la primera etapa, debido al cierre temporal de la maternidad, la cantidad de mujeres que atendieron su embarazo en el servicio disminuyó considerablemente. Sin embargo, el tiempo de espera no se redujo, pues las mujeres que acudían

La mayoría de las mujeres, algunas con embarazos muy avanzados o con sus bebés, permanecían paradas durante la espera, superando ampliamente la cantidad de asientos disponibles. También circulaban por allí, con ropa de cama, las mujeres internadas.

Las paredes de las salas de espera y del tramo de escalera entre el primero al segundo piso estaban cubiertas de *graffitis* dirigidos a las criaturas recién nacidas que versan, por ejemplo: “*acá nació Thiago a las.... pesó..... Tu papá y tus hermanos*”, “*acá nació Nikol, la beba más hermosa del mundo. Te queremos: tu papá, tus tías y primos*”, “*Sheila, la luz de mi vida, nació acá*”, etc. En la sala de espera del primer piso un cartel: “*Sres. Padres, por favor colaboren con el hospital. No escriba las paredes*”, sugiere la costumbre instalada de dejar allí estos mensajes.

Una deficiente cartelera no permitía identificar con claridad los espacios del servicio (consultorios, secretarías),¹⁵⁹ en cambio, en los espacios de espera hay una variedad de carteles y afiches. Frente a los consultorios de obstetricia, un cartel (fotocopia en blanco y negro) anunciaba “*Curso para el parto. Aquí en maternidad 1er piso. Lunes 10.30 y 14, martes y miércoles 10.30*”. En otro pequeño cartel se detallaba el temario de cada una de las seis clases del curso, y se indicaba el horario del curso especialmente dirigido a adolescentes. También se anunciaba el día dispuesto para la atención y el control de adolescentes embarazadas.

A las mujeres que allí se atendían se les recordaba, mediante carteles, sacar turno para la próxima visita antes de retirarse, y asegurarse de que quedara asentado en la agenda. En otro cartel, poco vistoso, tamaño carta, blanco y negro, se anunciaba en letras grandes: “*solas nunca más*”. Informaba sobre la ley 1.040¹⁶⁰ y el derecho a elegir acompañante para el parto: “*preguntá en la maternidad, usá tus derechos*”.

tanto para atender su embarazo como para atenderse en el consultorio de salud reproductiva continuaron siendo citadas a la misma hora, mientras que los/as profesionales acostumbraban llegar más tarde.

¹⁵⁹ Por aquel entonces, profesionales y estudiantes de arquitectura tenían un proyecto de colaboración sobre señalética hospitalaria para mejorar este aspecto.

¹⁶⁰ Ley sancionada en junio de 2003 (publicada en el B.O. N° 1729, el 10 de julio de 2003) que establece el derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto, el nacimiento y la internación por una persona que ella designe.

También había varios afiches, coloridos, vistosos y plastificados sobre diversos temas. Algunos promovían la lactancia materna, o la mostraban haciendo publicidad del uso del ácido fólico (con firma de un laboratorio), o recordaba a los profesionales poner al recién nacido al pecho inmediatamente después del nacimiento. Otros, de organismos de gobierno local y nacional, promovían el uso del preservativo bajo el lema "*divertite y cuidate*" sobre una imagen de preservativos de colores varios; el test de VIH con información sobre los centros de salud de la ciudad donde realizarlo; el análisis de sangre y la prevención de enfermedades del bebé.

Carteles de la "Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH-sida" invitaban a "charlas sobre VIH-sida" e informaban el horario de encuentro en el consultorio de salud reproductiva. Sin embargo, en algunas ocasiones la falta de espacio para las reuniones dio lugar a disputas y malestar.

El "baño para pacientes" –así lo señalaba un cartel de laboratorio– es un espacio minúsculo. Cerrar la puerta una vez dentro exige un movimiento preciso para ubicarse estrictamente entre el inodoro y el lavatorio, lo cual puede volverse una auténtica proeza para una mujer con gran panza, y más aún si acompaña a un hijo/a pequeño. No contaba con elementos de higiene, ni era acondicionado en el transcurso de la jornada de atención, a pesar del uso intenso que tenía, por lo tanto el mal olor era frecuente.

Cerca de mediodía, solían acudir mujeres que ejercen la prostitución en la zona, que procuraban ver a la profesional "de referencia", incluso fuera de los días asignados a su atención. Luego, a excepción de los dos días a la semana que el consultorio de salud reproductiva funcionaba después de mediodía, el servicio quedaba prácticamente desierto y muy silencioso. No era raro que unas pocas mujeres, que estaban allí desde la mañana, continuaran esperando ser atendidas para controlar su embarazo.

En las puertas del consultorio de salud reproductiva y su secretaría había carteles con la advertencia de que "*el Programa no atiende sin turno*". Se informaba, además, que su entrega, tanto para los turnos matutinos como vespertinos, se realizaba de 8 a 10.30, según un cartel, y de 9 a 10 (retocado con marcador), según otro. Sin embargo, la secretaria, que no iba todos los días, entregaba turnos en un horario más amplio. Cuando ella no estaba,

los/as profesionales entregaban los turnos, o bien, indicaban a quienes los requerían *"volvé cuando esté la secretaria"*, o simplemente *"volvé más tarde... o venite otro día"*. La confusión acerca de sus horarios de funcionamiento, y el incumplimiento de éstos, con frecuencia influían en el modo de atención. Algunas profesionales reprendían a las mujeres que tocaban la puerta con más o menos insistencia durante la consulta. Por otro lado, era habitual que sus colegas ingresaran al consultorio sin tocar siquiera, porque rara vez las profesionales trababan la puerta. Sin embargo, la trabaron cuando las entrevisté. Tal como pude observar, la entrada y salida de otros/as profesionales durante la consulta era frecuente y por diversos motivos, sin ningún reparo por las mujeres que estaban siendo atendidas.

Entre ambas puertas está la cartelera del servicio, donde se identifican los/as profesionales y sus cargos, pero no está actualizada. Un gran afiche enmarcado¹⁶¹ era la referencia más gráfica al consultorio. En él se muestra, a la izquierda, el primer plano de una hermosa mujer de tez muy clara, ojos azules, rasgos finos, delicadamente maquillada, con la leyenda *"a vos que cuidas tu imagen..."* y a la derecha continúa el mensaje, sobre la imagen de fondo, envases de píldoras y envoltorios de preservativos: *"cuidate al 100%. Consultá"*. Asimismo, el consultorio fue referido de distintas y confusas maneras por los/as propios profesionales. Era común que llegaran hasta el servicio, con duda y desconcierto, personas con una orden casi ilegible que las refería allí. Y en una oportunidad, una profesional del consultorio se asomó a la sala de espera y preguntó a las mujeres allí presentes *"¿alguien más para pe erre?"*, deletreando apenas la sigla que remite a "procreación responsable". Durante la segunda etapa de trabajo de campo, aparecieron carteles con la leyenda "salud reproductiva" en las puertas de su consultorio y su secretaria.

Por último, cabe mencionar, que el hospital es reconocido y señalado por una placa en el palier de entrada al edificio central que indica: *"Hospital amigo de la madre y el niño"*, acreditación extendida en el marco de una iniciativa conjunta de OMS-UNICEF para la

¹⁶¹ El afiche aclara *"CELSAM colabora con este consultorio"*. Se trata del Centro Latinoamericano Salud y Mujer, una ONG en cuya dirección ejecutiva recientemente comenzaba a desempeñarse la directora del hospital.

promoción de la lactancia materna.¹⁶² En ocasión de la inauguración formal de las obras de remodelación del centro obstétrico,¹⁶³ la directora de la institución se refirió a la vigencia de lo que denominó “*un proyecto de maternidad centrada en la familia*” y, valiéndose de fotografías de las antiguas instalaciones, destacó el esfuerzo y la experiencia exitosa de modificación de las modalidades de trabajo del equipo de salud para permitir la compañía de la pareja.¹⁶⁴ Se trata de líneas de trabajo implementadas desde el servicio de obstetricia que brindan reconocimiento al hospital. En este sentido, también su política favorable a la realización de ligadura tubaria es motivo de identificación de la institución. No obstante, en virtud de las alternativas técnicas para practicar esta intervención, este servicio debe articular sus actividades con el de ginecología. Veamos cuáles son estas opciones técnico quirúrgicas para luego abordar la organización del consultorio especializado en la atención de consultas por ligadura tubaria.

La práctica de ligadura tubaria: consideraciones técnicas y administrativas

La ligadura tubaria puede ser realizada en tres instancias diferentes. Si la mujer que va a ser intervenida está embarazada, la ligadura podrá hacerse al momento de practicar la cesárea (denominada “intraparto”), o bien en el puerperio inmediato (dentro de las 48 horas posteriores al parto)¹⁶⁵ si el nacimiento fuera por vía vaginal.

En mujeres que no están embarazadas ni lo estuvieron recientemente, se debe programar una intervención exclusivamente a los efectos de practicar la ligadura, llamada “de

¹⁶² Para ser obtenida se debe dar cumplimiento a los “diez pasos a favor de la lactancia natural”.

¹⁶³ Las obras incluyen, además de la modernización del quirófano y la sala de partos, la construcción de dos habitaciones individuales que permiten a las parturientas estar acompañadas con mayor privacidad durante el trabajo de parto, el parto y la recuperación. Estas habitaciones están equipadas con mobiliario que brinda más opciones y comodidad, en cuanto a las posiciones que la mujer quiera adoptar durante el trabajo de parto y el alumbramiento, y con un espacio para la atención inmediata del recién nacido, sin necesidad de alejarlo de su madre.

¹⁶⁴ Una de las obstétricas entrevistadas comentó que la efectiva incorporación de la familia –en sentido amplio, aclaró, ya que se admite a cualquier persona del entorno de la mujer por ella designada, no necesariamente su pareja o familiar directo– en la sala de partos es, en el servicio, previa a la sanción de ley 1.040 y las fotografías apuntaban a mostrar esto.

¹⁶⁵ Se recomienda que sea a las veinticuatro horas del parto, a fin de no extender el tiempo de internación.

intervalo". Esta denominación, según reconocen críticamente algunas profesionales, refiere a la idea de la mujer transcurriendo de un embarazo a otro. Esto implica un sin sentido, ya que se realiza la intervención para evitar de manera permanente la posibilidad de un próximo embarazo. Sin embargo, aun entre estas profesionales, esa denominación persiste.

Tanto en mujeres que alumbraron por parto natural, como en aquellas que no han estado recientemente embarazadas, las alternativas técnicas que se suelen considerar son la laparotomía, la minilaparotomía o microcesárea, y la más sofisticada, laparoscopia.¹⁶⁶

Será, entonces, durante los controles prenatales o el parto (en el caso de las mujeres embarazadas), o en el consultorio de salud reproductiva (para las que no lo están), donde más probablemente consulten o soliciten esta práctica quienes cuentan con algún conocimiento de la ligadura tubaria.

Una serie de estrategias desplegadas durante los últimos años permiten al servicio de obstetricia, aun con las dificultades que atraviesa el sector público de salud en general, disponer de la capacidad técnica –infraestructura y recursos humanos capacitados– para realizar la ligadura tubaria por medio de distintas técnicas quirúrgicas, que dependen del momento reproductivo de la mujer.

En cuanto a las mujeres que no están embarazadas, la "puerta de entrada" prevista por el servicio para la atención de consultas relativas a la ligadura tubaria, es el consultorio de "consejería para ligadura". Se trata de la asignación de algunas profesionales y jornadas teóricamente dedicadas de manera exclusiva al tratamiento de estas consultas, en el consultorio de salud reproductiva. Antes de abordar el funcionamiento del consultorio

¹⁶⁶ Las dos primeras técnicas pueden practicarse con anestesia peridural, raquídea o general. La laparotomía consiste en realizar un corte en el abdomen, similar al de una cesárea, para poder llegar a hasta el útero y proceder a la oclusión de las trompas. En el caso de la minilaparotomía, la incisión es más pequeña, de 2 a 5 cm. de longitud. En la laparoscopia se utiliza un laparoscopio, que es insertado en el abdomen a través de una incisión de apenas 1 cm. Contiene un haz de fibras ópticas que permite una visión de las trompas y guía su oclusión. Ésta se lleva a cabo mediante la inserción de otros instrumentos a través de una segunda incisión, igualmente pequeña, realizada por debajo de la anterior. En cualquiera de los casos, la oclusión puede ser realizada mediante distintas técnicas: por corte y sutura de ambas trompas; por electrocoagulación, o por colocación de grapas o anillos de siliconas.

especializado en esta práctica, veamos el contexto institucional administrativo en el cual se inserta.

La jefa de la división obstetricia es la coordinadora del equipo de profesionales, integrado mayormente por médicas, que se desempeñan en el consultorio de salud reproductiva. Sus integrantes le dedican entre una y dos jornadas por semana, y el resto se abocan a la atención de los consultorios de obstetricia u otras actividades. El equipo está compuesto por médicas obstetras de planta, médicas residentes de tocoginecología de primero y tercer año,¹⁶⁷ una médica concurrente, residentes de medicina familiar, una ginecóloga de planta,¹⁶⁸ dos licenciadas obstétricas (una de planta y una guardia), una trabajadora social y, eventualmente, el jefe de unidad del servicio de obstetricia.

Este consultorio cuenta con la asistencia de una secretaria cuatro días a la semana. Durante la entrega de turnos para la atención en el consultorio de salud reproductiva se asigna un día y horario a quienes lo solicitan. Varias mujeres son citadas cada día a la misma hora (a las 8 de la mañana, o a las 11, o bien a las 13 los días que el consultorio funciona por la tarde). Luego, la atención de cada jornada se resuelve por orden de llegada. Casi siempre las profesionales comienzan a atender más tarde, y no es raro que reprendan a las mujeres que se presentan más o menos pasada la hora asignada. Pese a que las mujeres citadas acostumbran esperar varias horas, sólo algunas manifiestan su malestar, aunque casi ninguna lo hizo frente a las profesionales. Otras me explicaron que, como conocen las demoras para ser atendidas, optan por ir más tarde a fin de esperar menos.

Los turnos asignados son registrados en un libro, donde se consignan los datos de las mujeres citadas. Es administrado por la secretaria del consultorio, por las obstétricas que hacen "consejería en anticoncepción" en la maternidad, adonde se dirigen tanto las mujeres que parieron recientemente como las que acaban de atravesar un aborto, y eventualmente por los/as profesionales que atienden el consultorio. Las más de las veces,

¹⁶⁷ Quienes en segundo y cuarto año de la residencia se desempeñan en el servicio de ginecología.

¹⁶⁸ Esta profesional, que atiende exclusivamente consultas por ligadura tubaria y vasectomía, está vinculada formalmente al servicio de ginecología.

el carnet les es devuelto a las mujeres con la anotación de la próxima cita, sin ninguna pregunta acerca de su preferencia o disponibilidad, e incluso sin avisarles que las verá otra profesional.

El consultorio de salud reproductiva organiza la atención mediante la asignación de días y profesionales teóricamente dedicados de manera exclusiva a poblaciones recortadas por distintos criterios. Una de las orientaciones particularizadas que adquiere la atención en aquel espacio, se da a través del consultorio de "consejería para ligadura" arriba mencionado, dedicado a las mujeres interesadas en esta práctica.¹⁶⁹ A continuación, se analizan la organización de esta especialización y los diferentes modos de articulación con otros actores.

El consultorio de "consejería para ligadura"

En este consultorio se reciben las consultas sobre la ligadura. También se atiende a los varones que consultan sobre vasectomía o ligadura de conductos deferentes, quienes son derivados al servicio de urología del mismo hospital. Para ambos casos, esto se plantea como una estrategia¹⁷⁰ con la cual agilizar la atención, absorbiendo las consultas donde se informa y prescriben los estudios prequirúrgicos necesarios. Con este procedimiento se procura que la sobrecarga de trabajo no sea el argumento de los otros servicios del hospital, tanto ginecología como urología, para rechazar la atención de estas demandas. Funciona un día a la semana, por la mañana está a cargo la ginecóloga antes mencionada, y por la tarde la obstétrica de planta.¹⁷¹

¹⁶⁹ Las otras especializaciones son comúnmente referidas como el "consultorio para adolescentes", el de "las chicas de AMMAR", y el "de posaborto". Durante mi segunda etapa de campo comenzó a funcionar una nueva especialización del consultorio de salud reproductiva, orientado a la atención de mujeres viviendo con VIH.

¹⁷⁰ Reciente al momento de iniciar el trabajo de campo, puesto que esta articulación fue posterior a la sanción de la ley 26.130/06.

¹⁷¹ Esta profesional es coordinadora del Programa entre sus colegas. Una vez que las interesadas completaban la ruta de estudios previos a la operación, ella las derivaba hacia la ginecóloga, a fin de obtener el turno quirúrgico.

Según la jefa del servicio la atención de estas consultas concentradas en manos de ciertas profesionales y en determinados horarios, fue establecida ante el volumen de demanda de ligadura tubaria. Y consideró que fue una forma eficiente de organizar la atención de mujeres derivadas hacia este servicio desde otros centros, tanto de la ciudad de Buenos Aires como del conurbano bonaerense. La presencia de mujeres que consultaban y/o contaban con indicación médica para realizar la ligadura tubaria, provenientes de otras instituciones del área metropolitana, era persistente cuando hice mi trabajo de campo allí. Muchas de ellas tenían una derivación escrita por otro/a profesional, en la que se solicitaba su *"evaluación para ligadura"*. Al presentarla, se les asignaba un turno para el consultorio especializado en *"consejería para ligadura"*.

En otras oportunidades, y sin contar con esa derivación, algunas mujeres comentaron a la secretaria del consultorio su inquietud o intención de recurrir a la intervención. Por otra parte, nunca presencié que la secretaria preguntara a las mujeres por su preferencia en materia de anticoncepción. Sin embargo, la modalidad que busca concentrar las consultas por la práctica de ligadura tubaria se asienta en una mayor publicidad de este motivo de consulta.

Al consignar en la agenda los datos de las mujeres, tanto de las derivadas como las que habían mencionado su interés, la secretaria del consultorio y también la de obstetricia, les preguntaban su edad y la cantidad de hijos, sin necesariamente registrar estos datos en el libro de turnos. A veces, a la respuesta le siguió alguna expresión de la secretaria que *"anticipaba"* lo que creía sucedería. Con una sonrisa y un guiño de ojo les entregaba el turno, o con el comentario *"venite este día que está la doctora que te va a operar"*; o bien con cierta gravedad en el rostro, seria, con una ceja levantada en una expresión de duda, dificultad, improbabilidad. Contrastando la disposición de éste con otros servicios, y manifestando conocimiento de las características que convierten en *"candidatas"*¹⁷² a ciertas mujeres, durante el tiempo que permaneció cerrada la maternidad la misma secretaria me comentó que a las mujeres embarazadas que irían a tener a su bebé en otro hospital les aclaraba que *"no tienen mucha probabilidad de que las ligen, 90% de que las*

¹⁷² La operación de esta noción es analizada en el capítulo VI.

rechacen, para que se vayan mentalizando, porque no les puede dar seguridad de que serán ligadas. A una mujer que estaba muy angustiada sí le aseguró que la ligarían, que tenía que volver después del parto a sacar turno para operarse, que eso sí era seguro" (notas de campo). Así, se refirió a la resistencia a practicar la ligadura tubaria en otros hospitales públicos, al tiempo que sus consideraciones gestuales y verbales evidenciaron cierto apego y familiaridad con los criterios médicos.

En una oportunidad, la ginecóloga que atiende este consultorio le pidió a la secretaria que, mientras ella acompañaba hasta el servicio de urología a un hombre que había completado sus estudios prequirúrgicos para practicar la vasectomía, hiciera pasar a la siguiente mujer que aguardaba para ser atendida, y que comenzara a llenar el encabezado de la historia clínica. Acompañé a la secretaria y a la mujer hasta el *hall* del servicio. Allí, a pasos de la puerta que da al centro obstétrico en obras y de la habitación de las obstétricas, nos ubicamos en torno al escritorio donde estaban las historias clínicas, que alcancé a ver.

La secretaria comenzó a llenar la historia clínica, llamándola sistemáticamente "mami" o "mamita". Cuando la mujer respondió que tenía 22 años, la secretaria me dirigió una fuerte mirada, que intenté esquivar. Dio vuelta la página y avanzó completando otros datos, más allá de lo delegado por la profesional (edad cuando tuvo su primer período; edad al momento de su primera relación sexual; cantidad de embarazos –y si terminaron en partos, cesáreas o abortos–; cantidad de parejas sexuales). Cuando le preguntó por la fecha del último Papanicolau realizado, la joven respondió que no lo tenía, y la secretaria me dijo que durante el embarazo tuvieron que haberle hecho, así que sería reciente (la mujer tenía una beba). Luego indagó cuestiones no contempladas en la historia clínica pero que forman parte del repertorio de la profesional: "*¿Y qué sabés de la ligadura?*". Continuó preguntándole si había usado otros métodos. A la respuesta negativa, que no registró por escrito, la secretaria me dijo, suspicaz y en voz baja "*éste es un caso para la doctora*", y se retiró (notas de campo).

A su regreso, la profesional no reaccionó al hecho de que la historia clínica hubiera sido completada más allá de lo indicado. Se quejó, en cambio, por las condiciones espaciales

para atender, sobre todo al percibir la presencia de un hombre a un lado del escritorio, y asumir que podría escuchar todo desde ahí, aunque ella y la mujer hablaban en voz baja y el ruido ambiente era notable. En principio le pidió que se alejara, y luego procuró un lugar con mayor privacidad y nos dirigimos al único espacio disponible, el aula del servicio. La falta de espacio apropiado era problematizada por esta profesional, que no contemplaba solamente la exposición que implicaba para las mujeres, sino para ella misma.¹⁷³ En este sentido, resaltó su contribución en términos de un esfuerzo de su parte que, no obstante, no era objeto del esperado reconocimiento.

La incorporación de esta médica al equipo de salud reproductiva tuvo lugar en el año 2005, frente a la resistencia de las autoridades del servicio de ginecología a practicar ligaduras. Motivada personalmente, esta profesional se dedicó a realizar estas intervenciones una jornada a la semana:

D: [...] empecé a hacerlas ahora porque yo quería entrar a quirófano y [nombre de pila de la jefa de obstetricia] me dejó, pero es...

A: ¿Y por qué querías entrar?

D: Porque sí, porque me encanta entrar a quirófano, me encanta... y bueno, obviamente, facilitó, en alguna situación también que haya alguien más que esté operando le facilita la situación... Y [vuelve a evocarla, ahora por su apodo/diminutivo], que es una divina, me dejó, pero ahora como cerró la maternidad ya directamente pasan *todas* a gineco. Y las posparto no sé qué van a hacer, calculo que les darán el alta y volverán como ginecología (Ginecóloga, de planta, 2).

Así, impedida de practicar esta operación en su servicio, estableció un vínculo con el de obstetricia. En el quirófano de éste, operaba a mujeres que habían dado a luz días antes – denominadas “las posparto” –, y a las que no hubieran estado recientemente embarazadas –llamadas “las de intervalo”– que habían sido atendidas en el consultorio de salud

¹⁷³ De hecho, problematizaba estas condiciones sobre todo en relación con su trabajo, puesto que la secretaria acostumbraba a permanecer dentro del consultorio durante estas consultas, organizando las historias clínicas, pero también haciendo comentarios. Esta situación no la observé durante la atención de otros/as profesionales. La disposición de las historias clínicas en el improvisado lugar de atención también constituye una forma de descuido de la intimidad de las mujeres.

reproductiva. Expresando afecto y admiración personal por la jefa del servicio de obstetricia, y su alineación discursiva con "los derechos de la mujer", contrastó la atmósfera que signaba su espacio laboral en ginecología:

Acá se habla mucho del tema... la sensación es que maternidad, de hecho yo tuve muchos problemas estando en gineco, me aislaban. No sabés lo que fue al principio... (...) como yo era muy amiga de [nombra a la jefa] y estaba muy pro mujer, pro esto y pro todo lo que ellos no querían hacer, me odiaban. Recién ahora... [...] porque no me dejaban entrar a quirófano, hubo mucha... pero avancé, ¿eh? Ahora recién es como que me están dando el lugar, pero bueno, está bien... no me importa, ¿entendés? Por algo que en realidad no era para mí, porque es para, es decir, luchar por un derecho, a mí me parece que hay que hacer las cosas *bien*, y no se estaban haciendo bien (Ginecóloga, de planta, 2).

Además de las condiciones laborales sufridas, esta profesional transmitió temores por el posible correlato penal debido a la práctica de estas operaciones "*aun sin contar con la autorización legal. Nosotros hacíamos las ligaduras si creíamos que había riesgo para la mujer*", y dudó, incluso, si hacerlo explícito durante la entrevista, porque estaba siendo registrada en grabador. Con ese comentario, mostró que compartía la interpretación de las normas antes vigentes expuesta por las autoridades del servicio de ginecología.

Cuando más tarde, a mediados de 2006, fue sancionada la ley nacional 26.130 sobre anticoncepción quirúrgica, el servicio de ginecología comenzó a realizar esta práctica, aunque "*con mucha resistencia*", según comentó esta médica.¹⁷⁴ Desde entonces, y cada vez más, otros/as profesionales de ginecología se fueron sumando a su provisión. Esta "reconversión" de la actitud profesional sobre la ligadura es comentada con cierto recelo por quienes, en un servicio y otro, sostienen haber sido "vanguardia" en esto, al tiempo que, expresaron, procuraban que sus colegas adoptaran esta línea de trabajo.

Entretanto, en lugar de "*absorber toda la demanda*" y aprovechando la más reciente y paulatina apertura del servicio de ginecología, el de obstetricia comenzó a "*rechazar algunos pedidos*", según refirió la jefa de este último. Agregó que la falta de recursos, tanto

¹⁷⁴ Y como sugiere, por ejemplo, la propuesta realizada por el jefe de ese servicio comentada en el capítulo anterior.

materiales como humanos, especialmente anestesistas, había obligado a priorizar los turnos quirúrgicos para cesáreas, legrados y ciertas patologías, y a derivar a sus colegas de ginecología las ligaduras tubarias en caso de mujeres que hubieran tenido su parto por vía vaginal o que no hubieran estado embarazadas al momento de solicitar y practicar esta intervención. Este flujo se vio reforzado luego, durante el cierre temporal de la maternidad, con el retorno de las mujeres que controlaban su embarazo en este servicio, pero que habían tenido sus bebés en servicios donde no les practicaron la ligadura solicitada.

Si bien los/as profesionales del servicio preveían el rechazo de los pedidos de esta práctica en otros servicios, y se esperaba que las mujeres volvieran para ser intervenidas quirúrgicamente durante el puerperio, varias mujeres me comentaron que no estaban al tanto de esta posibilidad.¹⁷⁵ Algunas mujeres embarazadas con intención de ligarse las trompas y que conocían esta alternativa me expresaron la dificultad que implicaría para ellas la prolongación de su estadía en el hospital, pues tenían otros hijos/as pequeños que atender. Además, la práctica de la ligadura tubaria en el posparto de la mujer estaba condicionada a la posibilidad de contar con alguien de su entorno que pudiera colaborar con la atención de la criatura recién nacida. Básicamente para cuidar de ella y acercarle el bebé cada vez que fuera necesario amamantarlo, para no interrumpir la preciada lactancia materna, aun en el caso de que se admitiera la internación conjunta de la mujer y su bebé. Por otro lado, los/as profesionales no consideraban aconsejable esta situación, dado el riesgo para el recién nacido/a de contraer alguna infección intrahospitalaria, más aún porque se trataría de la sala de internación de ginecología, no de obstetricia. Asimismo, la acompañante tendría que ser otra mujer, ya que fuera del horario de visitas no se admitía la presencia de varones.

Es frecuente que las mujeres reclamen e insistan en que les sea garantizada la cesárea para la práctica de la ligadura al momento de dar a luz. Desde la perspectiva de los/as profesionales de la biomedicina esto no resulta razonable ni aconsejable, debido al riesgo

¹⁷⁵ Lo que sugiere, como se analiza en los próximos capítulos, el manejo de la información como un recurso para la administración del acceso a la ligadura tubaria.

quirúrgico que la cesárea agrega al evento del parto.

La posibilidad de ser intervenida en el posparto, en un contexto de medidas de fuerza del personal de salud que obligó a postergar la intervención, resultó una experiencia difícil para Claudia, una mujer que conocí en la sala de espera. Estaba junto con su beba y otra hija, quienes habían viajado dos horas para llegar al servicio, desde Merlo, aguardando su turno con la ginecóloga que hacía "consejería para ligadura". Para ser operada cuando dio a luz a esa beba, por parto natural, habría tenido que permanecer internada más tiempo del que había podido soportar: ya habían pasado cuatro días desde el parto. Me contó que *"dos días seguidos me tuvieron en ayunas desde la noche anterior porque me decían que me iban a operar, pero después se ve que tuvieron problemas con el anestesista o algo y se suspendió. ¡Y no sabés cómo estaba del hambre, ¡dando el pecho y en ayunas!"*, se lamentó agarrándose la cabeza y sonriendo al recordarlo. Entonces recibió un mensaje de texto *"que una de las pibas estaba enferma y ya no aguantaba más. Me puse a llorar y todo, que me quería ir ya, ya, ya. Y me decían 'No, pero si te vamos a operar, está todo listo'. Pero yo ya no quería saber nada. Me quería volver a mi casa"* (notas de campo).

Claudia era una mujer de treinta y seis años, delgada, de tez curtida y sin algunos dientes. Madre de siete hijos, "viuda" –se dijo– de un remisero asesinado durante un robo, y en pareja con alguien cinco años más joven que ella. Me contó que durante el embarazo de su sexto hijo había pedido ligarse las trompas en el hospital local, donde atendía su embarazo, pero le explicaron que *"el director la había prohibido porque no estaba permitido"*. Y Claudia volvió a quedar embarazada. Fue sobre el final de este embarazo cuando decidió viajar a controlarlo en este hospital. Le habían comentado que ahí le practicarían la ligadura después del parto, y que se la tendrían que haber hecho antes, porque tenía cáncer de cuello de útero, que le había sido diagnosticado antes del anteúltimo embarazo (notas de campo). Las razones que le dieron en el hospital de su zona para no practicarle la ligadura que había solicitado –e indicada en su caso, según profesionales de este servicio– tanto remiten a la restricción legal como a la disposición de la autoridad de la institución.

Durante los meses en que la maternidad funcionó apenas para la atención de algunas

emergencias,¹⁷⁶ una de las estrategias consistió, según me comentó la jefa del servicio, en valerse del quirófano de la guardia general del hospital para realizar las ligaduras en mujeres con indicación de cesárea. Es decir, con prescripción de cesárea por motivos distintos de la ligadura y programada, o sea, sin tratarse de una urgencia. Sin embargo, profesionales de guardia advirtieron la maniobra y cuestionaron la utilización de los recursos de la guardia general, lo que obligó a limitar la cantidad de prácticas de ligadura por esta vía. El cuestionamiento de estos profesionales sugiere cierta reticencia a practicar la intervención, que no obedecería sólo al uso planificado de los recursos y contrario a la lógica de funcionamiento de una guardia.¹⁷⁷ Otra de las medidas durante ese período fue derivar desde este servicio a algunas mujeres con una nota firmada por su jefa y dirigida puntualmente a ciertos servicios, con cuyos responsables había un acuerdo previo establecido personalmente. De este modo se procuró agilizar y garantizar la intervención sin mayores dilaciones.¹⁷⁸

En cuanto a la figura de la objeción de conciencia, que la legislación reconoce como derecho profesional, sólo un profesional de guardia del servicio de obstetricia se ampara

¹⁷⁶ En este período la secretaria reforzó el control del tiempo de gestación de las mujeres que iban a sacar turno por primera vez. Desde ese momento se aceptaba sólo a aquellas que, estimando la fecha de término, tuvieran posibilidades de parir una vez finalizadas las obras. Caso contrario, se les indicaba que debían procurar atención para controlar su embarazo en otro hospital, excepto a aquellas que ya venían atendiéndose allí. A éstas últimas se les advertía que, aunque pudieran seguir acudiendo a control, debían buscar un hospital para el parto o ante cualquier emergencia.

¹⁷⁷ La jefa del servicio atribuyó en parte, la dificultad en el trabajo de sensibilización de profesionales empleados/as en las guardias de los servicios, al vínculo más laxo que los/as une a la institución. Funcionarios/as de la Defensoría y del PSSyR identificaron en este sector profesional un lugar clave en cuanto a la atención de la "emergencia reproductiva", sea que se trate de realizar la ligadura tubaria solicitada al momento de practicar la cesárea "médicamente" indicada, o bien de administrar la anticoncepción de emergencia, y frecuentemente denunciado por su incumplimiento. Para ello, desde estas agencias se realizaron actividades específicas de relevamiento de información, capacitación y sensibilización.

¹⁷⁸ Este mecanismo no era implementado en todos los casos. Cuando comenté a una de las secretarías la situación de una mujer que tendría su tercera cesárea y quería ligarse, pero aún no sabía en qué servicio iría a tener a su bebé (y por eso no sabía si le practicarían esta intervención) ella me respondió que no todas las profesionales apelaban a este recurso –y sospechaba quién sería su médica tratante– lo que considero expresión de la reticencia a practicar esta intervención. Agregó que "en esos casos (mujeres con cesáreas anteriores y con cesárea programada) si bien la responsabilidad es médica, una tiene que dar esa información", y me alentó a que, como ella, les hiciera saber de esta opción. Entre otros dispositivos para la administración del acceso a esta práctica, la disposición a informar y echar mano de este recurso, será retomada en el capítulo VI.

en ella,¹⁷⁹ aunque ésta fue expresada informalmente ante sus colegas, puesto que el registro de objetores no ha sido aún formalizado. A fin de garantizar la práctica a mujeres que deban ser atendidas de urgencia, desde el año 2005 el servicio cuenta con dos obstetras en todas las guardias. Así, si una mujer que realizará la ligadura a instancias del parto debe ser intervenida en el transcurso de la jornada de trabajo de este profesional, su colega practicará la intervención.

No obstante, vale señalar que expresiones más sutiles sugieren la existencia de resistencias no explicitadas. Cuando la jefa del servicio propuso avanzar en la formalización del registro de objetores de conciencia, en una reunión en la que se había discutido la recién emitida resolución ministerial del gobierno local sobre la atención de abortos no punibles,¹⁸⁰ y las derivaciones frecuentes de mujeres que solicitaron la ligadura, una profesional se acercó al jefe de unidad y en voz baja le sugirió: “¿no es mejor dejar así? ¿no vas a espantar a la gente [profesionales]?”. A lo que éste respondió, sin disimular su malestar, alzando la voz y con la mirada clavada en el piso, como si no quisiera identificar a nadie, “lo que pasa es que el que es objetor acá y afuera está bien, pero el que es objetor acá y en el consultorio no, es un turro” (notas de campo). Esta microescena muestra que la formalización de tal registro no era ni sería bien recibida por todos los/as profesionales, que constituyen el sujeto de regulación de este dispositivo. Revela también la sospecha de los/as profesionales acerca del “doble estándar” de la actuación de sus colegas, ya comentada, respecto de las prácticas de ligadura e interrupción del embarazo.

Hasta aquí, expuse la organización administrativa y cotidiana del servicio, y las principales estrategias contemporáneas y recientes sobre la provisión de la ligadura tubaria. Identifiqué, además, los espacios y recorridos institucionales que suelen realizar las mujeres que procuran esta práctica. En lo que resta de este capítulo, exploro los núcleos de sentido asociados con la identificación del hospital en general y del servicio de obstetricia en particular como proveedor *de facto* de esta práctica, como se verá, fuente

¹⁷⁹ Este profesional es hijo de un antiguo jefe del servicio, quien fue antecesor en ese puesto de la profesional que actualmente está a cargo de la dirección del hospital.

¹⁸⁰ Resolución n° 1.174/07 del MSGCBA.

tanto de orgullo como de malestar, al tiempo que se recuperan las prácticas de otros servicios. Por último, se analizan las intervenciones del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del GCBA y de la Defensoría del Pueblo de esta ciudad respecto del circuito que las mujeres deben recorrer para acceder a la ligadura tubaria.

Reconocimiento y tensiones

La provisión de la ligadura a mujeres que participaban de un nutrido circuito de derivación desde otros servicios hacia éste, dio lugar a su consolidación como “centro de referencia” para esta práctica. Y esta trayectoria fue capitalizada científica y políticamente. En la medida en que supuso una línea de trabajo original, el equipo profesional “invirtió” su peculiar estadística a través de la elaboración y presentación de trabajos en jornadas y congresos médicos. Al mismo tiempo, la presentación y disposición de un consultorio específico para la atención de esta práctica reforzó su visibilidad.

Esto le permitió al servicio, de acuerdo con los/as profesionales, “paliar” de alguna forma sus falencias en cuanto a la tecnología disponible, ya que se inserta en una institución cuya capacidad técnica es calificada “de baja a mediana complejidad”. A partir de su experiencia, el servicio se constituyó también en referencia para la capacitación técnica de los/as profesionales, no sólo de quienes estaban en la etapa de formación. Así, a través del dominio y la administración particular que se hizo de la ligadura, esta técnica se reveló a su vez en un medio de reproducción profesional, como han sugerido otras autoras en cuanto a las tecnologías de reproducción asistida (Krakowski Chazan y Citeli, 2009; Tamanini y Hostmann Amorim, 2009).

Al referirse a la labor del servicio sobre los pedidos de ligadura y otras cuestiones controvertidas,¹⁸¹ especialmente frente a sus colegas en otros servicios,¹⁸² los/as

¹⁸¹ Entre otras, como la “consejería pre y pos aborto” y una modalidad expeditiva en la prescripción de métodos, que serán consideradas en el próximo capítulo.

profesionales apelaban a la *"perspectiva de derechos en salud reproductiva"* para diferenciar el carácter de sus prácticas desde antes de la sanción de la ley. Después de ésta, su posicionamiento *"vanguardista"* fue actualizado y reforzado. En este sentido, cuando se comentó que otra maternidad estaba realizando estas prácticas, la jefa diferenció la modalidad de resolución en uno y otro servicio. Señaló que en esa maternidad sólo practicaban las ligaduras al momento de la cesárea y después del cumplimiento de los requerimientos allí establecidos y no exigidos por la ley. Juzgó restrictivos esos requisitos, y promovió el uso del *"semáforo"* como una herramienta adecuada, que había sido construida por su servicio, para evaluar los pedidos de ligadura y funcionar ante las guardias,¹⁸³ sin reparar en las tensiones que éste genera. Se resaltaron entonces las posibilidades, los resultados más satisfactorios y la legitimidad del trabajo en la línea propuesta y se omitieron los conflictos o *"ruidos"* que enfrentaban cotidianamente en la resolución de esos pedidos. En su servicio los citados conflictos eran referidos como *"colisión entre la ley y la opinión médica"*.¹⁸⁴

Ante la iniciativa del servicio de ginecología por sumarse a la implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, los/as profesionales de obstetricia reaccionaron y compararon las circunstancias en las que se habían incorporado a la provisión de la ligadura. Comentaron al respecto: *"no se atrevieron a hacer punta, pero cuando todo marcha, se suben y quieren captar todo"*, porque, se dijo, habían propuesto concentrar las ligaduras *"de posparto"*. La jefa expresó que esto les quitaría el lugar reconocido que tenían desde hacía treinta años como efectores del Programa, *"con una cobertura de 5000 pacientes al año, y no tienen derecho a llevarse eso"*. Al repetir varias veces que la antigüedad del servicio era de treinta años, alguien la corrigió, pues en realidad habían transcurrido poco más de veinte años desde su inicio.

En un clima en que se respiraba malestar, con el rostro tenso y en tono desafiante, hizo

¹⁸² Como observé, en la situación que aquí describo, cuando acompañé a algunas profesionales que habían sido convocadas por un centro de salud de otro hospital para exponer su modalidad de atención de la salud reproductiva.

¹⁸³ Como se vio en el capítulo anterior.

¹⁸⁴ Esas tensiones se analizan en el capítulo VI.

notar la ausencia de la ginecóloga (fue la primera vez que no la vi asistir a este espacio), e interpretó que seguramente su jefe no le había permitido asistir para, así, restarle poder (notas de campo). La potencial pérdida de la exclusividad en tanto referente del PSSyR fue percibida como una amenaza o un desafío a la posición histórica y relacionamente constituida en un campo –en el sentido bourdeano del término– particular: el espacio político/burocrático-institucional/sanitario que se recorta en torno a la atención de la “salud reproductiva”. En ese espacio se disputaban ciertos recursos “acumulados” en su trayectoria: los años implementando el Programa, la cantidad de población atendida y los recursos humanos involucrados en la labor.

Al referirse puntualmente al servicio de ginecología en relación con la práctica de ligadura tubaria, durante una reunión del equipo profesional de salud reproductiva, la jefa de obstetricia se refirió a las prácticas del servicio de ginecología del mismo hospital: *“pero gineco hace mucho menos. El discurso de derechos y todo eso no lo tiene la jefa, que de pasillo me dijo ‘yo rajé a una de 28 años’”*. Y la ginecóloga que integraba el equipo aclaró *“pero nunca pasó por mí esa”* (notas de campo). Así, la apelación explícita a “los derechos” de las mujeres, se revela como un recurso en sí mismo que expresa un posicionamiento y sentido particular a sus prácticas, a la vez que se recurrió al contraste de la cantidad de intervenciones quirúrgicas realizadas y los modos de tratamiento de estos pedidos en uno y otro servicio.

Al mismo tiempo, implicó negociaciones y disputas en la propia institución por la jerarquización de temas “poco prestigiosos”, como reconocen los/as profesionales, en el propio campo de la medicina, ya que éste se constituyó priorizando la atención de la patología por sobre la prevención (Menéndez, 1990), y dentro de ésta la anticoncepción resultó una de las materias menos apreciadas (Ramos *et al.*, 2004; Ramos *et al.*, 2001). En este sentido, la jefa del servicio de ginecología del mismo hospital reconoció que:

[...] ser referencia de algo a todos nos pone un poquito más en la luz. En realidad es un tema preocupante todo lo del embarazo no deseado y qué sé yo, pero este (bajando la voz, en tono confidente) para nosotros no es lo más importante. (...) lo más preocupante es el cáncer. (Ginecóloga, jefa, 9).

Asimismo, el hecho de que el reconocimiento se diera en torno a la práctica de la ligadura tubaria fue referido con cierto malestar por el único autodeclarado objetor de conciencia del servicio, en tanto ésta contraría el espíritu de su especialidad: "*Me parece que una maternidad no debe ser pionera en una cuestión que va contra la maternidad, pero bueno, cada uno elige su camino*" (Médico obstetra, de guardia, 5). Como prestación vinculada a la salud reproductiva en general y a la anticoncepción en particular, la ligadura cuestiona la construcción de la mujer destinataria de las acciones de la obstetricia, ya no como mujer-gestante. Sin embargo, como se verá en los capítulos siguientes, de múltiples y más sutiles maneras las prácticas médicas participan, reproducen e interpelan conflictivamente la representación de la mujer como madre, tanto al prescribir como al desalentar o negar la práctica de la ligadura.

Pero la identificación del hospital en general y del servicio de obstetricia en particular como proveedor *de facto* de esta práctica no es sólo fuente de orgullo para sus profesionales, sino también de malestar entre ellos/as.

Por un lado, el "desborde" en su capacidad de atención de la demanda fue expresado por varios/as profesionales con evidente malestar al referirse al período posterior a la sanción de la ley 26.130/06.¹⁸⁵ Tal como expresó la jefa del servicio: "*Ahora está la ley, está todo (en tono prepotente) '¿Flaco, por qué no lo hacés? A ver, ¿qué argumentos tenés para decir que no?' Ninguno...*". La consideración del nuevo marco legal para esta práctica refleja la expectativa de que las nuevas condiciones jurídicas, que vendrían a disipar los temores a posteriores represalias penales, se tradujeran en el reposicionamiento de sus colegas y consecuentemente, se dispusieran a realizar esta práctica. Pero, sobre todo, señala su falta de adecuación o abierta transgresión de la norma: al tiempo que reconocen que la modificación de las rutinas médicas instituidas no es sencilla, y entienden que la propia ley debe aplicarse como un esquema flexible, a la luz del saber profesional,¹⁸⁶ nada de esto es contemplado al considerar las prácticas "derivacionistas" de esos otros servicios.

¹⁸⁵ Aunque el aumento de las prestaciones fue sostenido desde el año 2004, y no hubo un incremento sustancial de las prestaciones a propósito de la ley.

¹⁸⁶ Cuando se argumenta, por ejemplo, que aunque la ley reconozca el derecho de una joven a practicar la ligadura, la bibliografía médica no la aconseja, lo que obliga, al menos, a diferir la intervención quirúrgica.

Por otra parte, fue especialmente cuestionada la gran afluencia de mujeres provenientes del conurbano bonaerense. Sin embargo, la proporción de mujeres que residen en el Gran Buenos Aires y que se acercan al servicio por otros motivos (la búsqueda de un método anticonceptivo o el control del embarazo) no es muy distinta. Esta “queja” resulta entonces significativa, ya que sólo la demanda de la intervención se convierte en objeto de una particular y mayor problematización. Asimismo, otra faz que adquiere el aumento de pedidos de la práctica de ligadura tubaria se asocia a una mayor exposición a reclamos penales:

M: Nos pasa mucho con las que son durante el embarazo y que después tienen un prematuro [...] Entonces, hay que derivar. [...] la que volvió del [hospital público de la ciudad de Buenos Aires], volvió *furiosa*, pateando puertas, gritando. [...] (con molestia) la situación crítica la vivimos todos, y no te dan muchas ganas de atender a una paciente que vos decís “esta mujer le drena la herida, le supura, se le infecta un punto y nos va a venir a demandar!”, ¿entendés? La verdad es que tampoco hay mucho derecho a que uno pase malos momentos porque los demás tratan, trabajan mal. Ésta es la segunda instancia, que es la vuelta que ahora estamos viviendo (Médica obstetra, 1, jefa).

La posibilidad de ser demandados conlleva una representación particular de las mujeres que atienden, como si tuvieran una suerte de tendencia a iniciar litigios. La posibilidad de ser penalmente demandados/as por la práctica misma de ligadura continuaba siendo un argumento para justificar la reticencia a practicar la intervención por parte de los/as profesionales del servicio. No obstante, la jefa –quien también manifestó este sentido en situación de entrevista– frente al equipo a su cargo, optó por desestimar esta posibilidad, y se refirió a esos temores en términos de un difundido “fantasma”. Aclaró que le constaba que no existían antecedentes del estilo después de haber pesquisado el tema en el marco de su propia investigación de posgrado. Enfatizó la necesidad de adecuar la práctica profesional a los dictados de la legislación –“*la ley obliga, estén o no de acuerdo*”–. De esa manera sentó una línea de trabajo que había cuestionado en otras oportunidades.¹⁸⁷

¹⁸⁷ Me refiero a la aquí anunciada “colisión entre la ley la opinión médica” arriba mencionada. Me ocupo del tema en el capítulo VI.

El argumento de los otros servicios que derivaban a las mujeres para la realización de la ligadura tubaria era que carecían de recursos técnicos y/o humanos capacitados. Este argumento era repetido por las mismas mujeres al solicitar la práctica en el servicio y cuando se presentaban en la Defensoría del Pueblo para presentar su reclamo. Los/as profesionales del hospital sospechaban que esta justificación encubre una negativa ideológica que bien podría, además, corresponder con una doble conducta, en cuanto a la práctica “privada” de la profesión, al igual que cuando se apela a la “objeción de conciencia”.¹⁸⁸ La sospecha y el malestar eran alimentados por considerar que la intervención puede ser practicada con una técnica convencional, de baja complejidad y económica (laparotomía) en caso de no dominar otras más novedosas,¹⁸⁹ o más sofisticadas que requieren instrumental específico y ciertamente escaso (laparoscopia).

Otro argumento fue expresado durante las consultas por mujeres derivadas desde instituciones públicas del conurbano bonaerense y de centros asistenciales de seguridad social de la ciudad de Buenos Aires.¹⁹⁰ Les habían explicado que aún no había una reglamentación o resolución específica que permitiera la aplicación concreta de la ley. Los/as profesionales se mostraron indignados con la justificación esgrimida por sus colegas, que despertaba las mismas sospechas. Explicaron, entonces: *“eso no es cierto, no hace falta nada para que la puedan hacer, son excusas”*, y aclararon que existía una ley nacional que consagraba este derecho en todo el país, y que afectaba a todos los subsectores del sistema sanitario (obras sociales y empresas de medicina prepaga).

Durante una consulta con la ginecóloga de una mujer afiliada a una prepaga, surgió que

¹⁸⁸ Cuando la coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva se refirió a las actuaciones abiertas por este motivo en la Defensoría del Pueblo en una de las jornadas del curso anual de capacitación (2008), desde el auditorio alguien voceó con picardía *“no se niegan, es que no tienen los aparatos”*, y ganaron las risas. Así, esta ironía compartida sugiere la misma sospecha, en cuanto a la práctica de recurrir a aquel argumento en lugar de sostener una abierta negativa.

¹⁸⁹ Se trata de la minilaparotomía o microcesárea, técnica promovida activamente por el servicio.

¹⁹⁰ Cuando una mujer respondió que tenía obra social y quiso saber si esto era un inconveniente para operarse en este hospital, la profesional le explicó que sólo debía tramitar la autorización de la práctica por la oficina de Auditoría de éste, para que desde allí se solicitara la autorización a la obra social a fin de percibir el reintegro para el hospital. Si bien podría suceder que a partir de allí la obra social decidiera realizarla en una institución de su gestión, lo más probable –vaticinó la profesional y con ello tranquilizó a la mujer– era que la autorizaran sin hacer objeciones.

de la auditoría le exigían una nota de la profesional, en la que justificara la ligadura tubaria que iba a practicar. La profesional cuestionó: “¿a vos te parece? Que el médico tenga que explicar, ¿como si fueran los padres, y las mujeres no pudieran decidir por sí mismas!”. Le respondió a la mujer que tenía que pelear, “sin putear, para no calentar a nadie”, porque estaba reclamando por un derecho, amparada por una ley (notas de campo). O sea, frente a la obligación legal de proveer esta práctica sin costo extra para sus afiliadas, obras sociales y empresas de medicina prepaga solicitaban justificación médica para la intervención indicada. Esto implicaba limitar el acceso, sin que bastara la propia decisión de la mujer para ello, como expresó la médica. Asimismo, esas entidades vigilaban la labor profesional mediante la exigencia de estudios de imágenes que sostuvieran la indicación de la práctica indicada, limitando la estrategia que, en efecto, tenía la ginecóloga, quien me contó que había planeado pasar la intervención como si tratara de una operación por quiste de ovarios. Esto revela la práctica profesional que en ocasiones permite disponer y articular recursos de distintos subsectores, al costo de fraguar registros médicos para facilitar la realización de esta práctica.

Se dispuso, entonces, a redactar una pequeña nota, que me extendió para que leyera, después de preguntarme el número de la ley. Allí expresaba: “La Sra... solicitó la práctica que sería realizada por elección de acuerdo con lo que establece la ley 26.130”. De esta forma, se negó a justificar la intervención en términos biomédicos, y enfatizó la decisión de la mujer como motivo de la prescripción de la ligadura. Además, le explicó a la mujer que un artículo de esa ley menciona especialmente el alcance a las obras sociales y prepagas. Éstas, compartió en voz alta, hacen la diferencia con lo que se ahorran cuando sus afiliados van al hospital público, lo que implica sacar el lugar a los que no tienen otra posibilidad, porque consume escasos recursos. Esta valoración de los recursos públicos, por su capacidad redistributiva, refuerza la acusación de una estrategia evasiva y en procura de mayor rentabilidad por parte de esas corporaciones.

Cuando nos quedamos a solas, me dijo que aunque no puede evitar enojarse con los médicos que derivan a este hospital porque “somos nosotros los que ponemos la cara”, es la gente la que tiene que reclamar, aunque no todos tienen recursos para hacerlo, como la última mujer que acababa de atender (notas de campo). Expresó así una caracterización

corriente entre los/as profesionales de las mujeres que se atienden en el hospital público, que enfatiza la incapacidad o dificultad de reclamo y ejercicio de derechos. Pero al mismo tiempo, eso de “poner la cara” refiere, por un lado, al hecho de recibir a mujeres que fueron rechazadas en otros servicios, y a quienes los/as profesionales dicen que tendrían que reenviar al servicio que las derivó, a fin de insistir y apelar a la nueva legislación, aunque la mayoría dice que no lo hace. Por otro lado, el comentario puede ser vinculado a la representación de éstas como potenciales litigantes, como expresó la jefa del servicio (arriba citada).

Intervenciones del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la Defensoría

Este escenario institucional, donde no todos los servicios brindan la posibilidad de acceder a la ligadura tubaria planteaba, para la funcionaria a cargo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, la necesidad de resolver “*cómo equipamos, capacitamos y jerarquizamos este recurso* [las intervenciones de anticoncepción quirúrgica] *dentro del sistema*”. En situación de entrevista, señaló como una de las dificultades del sistema relativas a la provisión efectiva de la práctica de ligadura tubaria:

F: [...] cómo organizar el tema quirúrgico: las horas de quirófano, los anestesiistas, la jerarquía del pedido. En este momento, a ciertas dificultades operativas, siempre la excusa es “bueno, y, entre operar un cáncer y una ligadura...” (acompaña con un gesto que da a entender que, en rigor, no se plantea alternativa) [...] bueno, es cierto, hay una prioridad, pero bueno, también sabemos que las necesidades, para cumplir con anticoncepción quirúrgica, son de menor complejidad que las que necesitamos para un cáncer (Coord. del PSSyR gestión 2006-2008).

Las condiciones de precariedad por las que atraviesa el sector sanitario público constituyen el telón de fondo sobre el cual se asignan prioridades. Como reconoció críticamente la coordinadora del Programa, las elecciones a la hora de atender prioritariamente algunas cuestiones (y no otras) con el argumento de la escasez de recursos revela una estrategia de resistencia a la provisión de esta práctica. Puesto que los

recursos disponibles son limitados por definición, tal escasez es siempre, en alguna medida, relativa: las dificultades son innegables, pero la asignación de prioridades en la tarea asistencial cotidiana exige la toma de decisiones¹⁹¹ basadas en la legitimidad diferencial de las distintas intervenciones quirúrgicas y, en lo que a la ligadura se refiere, en la construcción de ciertas mujeres como “candidatas” a esta práctica.

Las “negativas encubiertas”, como las señaladas, son más frecuentes que los casos en los que se plantea abiertamente una negativa, según dijo. Además, reconoció, constituyen una estrategia discursiva común entre los/as profesionales de la medicina.

Frente a estas prácticas profesionales –desalentar o no brindar ciertas prestaciones médicas de acuerdo con principios personales que, asumió, son de buena fe– la estrategia que se proponía desde el Programa era “seguir trabajando en la capacitación y en la sensibilización” de los/as profesionales. Esto, con la intención de otorgar mayor prioridad, de la que actualmente gozan, a los “derechos de las personas”, y con ello a la atención de los pedidos de ligadura, entre otras cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva. De cara a la no disponibilidad de recursos técnicos en todos los servicios del sistema público, y ya que la demanda de esta práctica no era masiva, la estrategia planeada apuntaba a la identificación de “centros de referencia geográficamente distribuidos dentro del ámbito de la ciudad [lo que] sería como una manera de descomprimir”. Esto se llevaría a cabo “aceitando” los circuitos de referencia hacia los servicios que efectivamente se comportan como proveedores de esta práctica. Esto, además, se consideraba económicamente más eficiente e implicaría “jerarquizar los espacios que están de hecho trabajando”. Debido a la inserción institucional y la capacidad presupuestaria del Programa, sin posibilidades de orientar el financiamiento para ampliar la oferta de esta práctica en los servicios que podrían ser “elevados” a la categoría de “centros de referencia”, esta jerarquización sería

¹⁹¹ Decisiones que pueden ser pensadas como “más o menos trágicas”, adaptando la formulación desarrollada desde la sociología de la medicina –“decisiones trágicas”– para el análisis de las elecciones profesionales que comprometen la vida de los enfermos en función de la asignación de recursos escasos (por ejemplo, órganos para transplantes, medicamentos, tratamientos).

básicamente simbólica.¹⁹²

Esta gestión sostuvo un trabajo conjunto con la Defensoría del Pueblo en cuanto a la anticoncepción quirúrgica, tanto femenina como masculina, como eje de una iniciativa que tenía por objeto garantizar “la accesibilidad de los derechos sexuales y reproductivos”, especialmente en torno a aquellos que generaban conflicto entre los actores sociales intervinientes, según expresó la coordinadora del Programa. Así, por ejemplo, se involucraron en la elaboración de un modelo de consentimiento informado¹⁹³ que fue sometido a la discusión con los/as profesionales durante una jornada del curso de capacitación. Se esperaba validarlo en esa oportunidad, a través de su tratamiento colectivo, sin que fuera obligatoria la adopción del formato que se lograra.¹⁹⁴ La implementación de este instrumento fue presentada como una estrategia que permitía a los/as profesionales “cubrirse las espaldas”. También para resguardar a las mujeres de tornarse objeto de la realización compulsiva de la ligadura y combatir “la fantasía de políticas de esterilización”, como refirió la coordinadora del Programa.¹⁹⁵

Consideró, además, que el síntoma del conflicto lo constituyen las denuncias por negación de las prácticas de ligadura solicitadas, ya sea realizadas ante la Defensoría del Pueblo o conocidas a través de la difusión de los medios de comunicación masiva. Ante mi relato sobre la llegada al servicio donde hacía trabajo de campo, de una mujer que había acudido a varios centros de salud para solicitar la interrupción del embarazo encuadrado

¹⁹² De acuerdo con lo establecido en la ley 418/00, con el primer millón de pesos de la recaudación anual del Bingo (decreto P.E.N. 1772/92 y ordenanza 47.731, art. 3º), se financia la adquisición de bienes y servicios no personales del Programa. En cuanto a los recursos humanos, son los propios de los diferentes servicios de los hospitales y centros de salud del Gobierno de la Ciudad. En consecuencia, perciben un salario, con excepción de los concurrentes que trabajan *ad honorem*, que paga el gobierno del presupuesto global de la Secretaría de Salud, destinado para ello y no específicamente para el Programa. Asimismo, los recursos físicos son los propios espacios hospitalarios o centros de salud, también financiados a partir del presupuesto general destinado a tal fin, y/o el presupuesto asignado a cada hospital.

¹⁹³ Estaba prevista la elaboración de un modelo para ligadura y otro para vasectomía, pero la discusión giró en torno al primero.

¹⁹⁴ En la reunión mensual de octubre de 2007. Casi un año más tarde, los modelos de consentimiento para ambas prácticas fueron enviados a través del *mailing* del Programa a los/as profesionales inscriptos en el curso.

¹⁹⁵ Haciendo referencia, a la posibilidad expresada durante la jornada del Consenso de Expertos y durante los debates parlamentarios, como se vio en el capítulo II.

en una de las situaciones que se consideran no punibles,¹⁹⁶ manifestó:

[...] no se resuelven del modo que uno quisiera que se resuelvan, con un costo mucho menor. [...] si se terminó resolviendo eso no generó un conflicto, le generó un conflicto a la señora seguramente, que viene dando vueltas históricamente desde otras instancias [...] la gente termina enojándose mucho o pidiendo que alguien le ofrezca, y entonces las cosas se hacen por otro camino. Acá, que no sé qué hospital es pero me imagino, porque a mí también me llegó el cuento, frente a la resolución del conflicto, con todo lo dificultoso, a la señora se le terminó resolviendo el problema (Coord. del PSSyR, gestión 2006-2008).

Como se ve, en tanto las demandas no alcanzaron estado público,¹⁹⁷ esta funcionaria negó el conflicto en torno a ciertas prácticas y con ello minimizó el costo personal y las dificultades para las mujeres que las procuran recorriendo complicados circuitos. Al mismo tiempo, resaltó la existencia de *“mecanismos por los cuales las cuestiones se van resolviendo”*. Éstos involucran, como se lee en el fragmento, la insistencia y el enojo, pero también el dominio de cierta información por parte de las propias interesadas: *“Van al [hospital “de referencia”] ¡porque responden! La gente no come vidrio, la gente va donde le solucionan los problemas”*. Por otro lado, es la disposición de profesionales que rigen sus prácticas de acuerdo con las normas lo que garantiza que, en algún punto de esos recorridos, las mujeres puedan encontrar la respuesta que buscan a su demanda.

Con la intención de *“saber cómo responde el sistema también, qué compromiso tiene la conducción de cada uno de los centros de salud”*, es decir, de qué modos se implementaba la política de acceso a la práctica de ligadura en cada servicio, desde el PSSyR se estaban realizando visitas sistemáticas a cada uno de ellos, para entrevistar tanto con el director/a

¹⁹⁶ Esta funcionaria es la autora del protocolo o procedimiento para la atención profesional de prácticas de abortos no punibles (de acuerdo con una de las interpretaciones del Código Penal, art. 86, inc. 1° y 2°, que, vale señalar, no es la más amplia), sancionado a través de la resolución 1.174 del Ministerio de Salud del GCBA en mayo de 2007, meses antes de la entrevista.

¹⁹⁷ Momentos antes había contrastado la falta de “casos” en la ciudad con experiencias recientes de solicitudes de aborto no punible en otras ciudades que habían sido visibilizadas ampliamente a través de medios masivos de comunicación. El silencio de estos medios en lo que respecta a las demandas en la ciudad de Buenos Aires, lo atribuyó al efecto replicador de las recomendaciones puntuales que emergieron de la Defensoría, ya que consideró que contribuyeron al reconocimiento, desde las instituciones de salud, de los derechos de las personas.

como con el equipo profesional.¹⁹⁸ Con ánimo optimista y conciliador, la estrategia explicitada no incluía la toma de medidas de sanción: según su coordinadora, ésta sólo se justificaría tras el incumplimiento de una recomendación de la Defensoría. Confiaba en que la presión por intervención de esta agencia contribuyera con la alineación de las prácticas profesionales a las normas.¹⁹⁹

El personal de la Defensoría del Pueblo se mostró menos optimista que la coordinadora del Programa en cuanto a los mecanismos de resolución y acceso efectivo a la ligadura. Desde esta agencia se reconoció que el hecho de no recibir denuncias no era sinónimo de que estuviera garantizado tal acceso. A ese efecto, esperaban contar con los resultados de un relevamiento de la situación en los distintos centros sanitarios.²⁰⁰ También se advirtió que la negación del acceso a las prácticas de anticoncepción quirúrgica es pasible de sanción. Incluso, en ese momento llevaban adelante una actuación de oficio²⁰¹ contra un hospital que rechazaba sistemáticamente los pedidos de ligadura tubaria.

Como parte del trabajo conjunto de la Defensoría con el Programa, a los pocos días de sancionada la ley 26.130/00, el PSSyR convocó a esta Defensoría para presentar la ley. Esto tuvo lugar en el marco del Curso anual de capacitación de los servicios que implementan el Programa, denominado "Dilemas y controversias en salud reproductiva", y contó con la exposición de profesionales del servicio donde hice el trabajo de campo, convocados/as en función de su experiencia en la realización de ligaduras.

¹⁹⁸ Varios meses más tarde, habiendo cambiado la conducción del Programa, todavía no contaba más que con cifras tentativas acerca de las prácticas de anticoncepción quirúrgica efectivamente realizadas en los servicios. Allí la coordinación adelantó la intención de modificar las planillas de registro de prácticas del Programa para incorporar "consulta por ligadura", "prequirúrgico para ligadura", etc. (aunque a riesgo de que se superpongan los datos). Se planeaba acordar con Estadística del GCBA un código para egreso por ligadura que se registraría en las historias clínicas. Si bien sería lo ideal, estimaban difícil que así quedara registrado en los libros de quirófano.

¹⁹⁹ En uno de los encuentros mensuales con los referentes del Programa, ridiculizó la reacción de quienes son observados por esta agencia: imitó una exagerada actitud de desmentida que sugería una negativa previa: "*¡pero si acá le podemos hacer la operación! Nadie le dijo que no*".

²⁰⁰ Este relevamiento era realizado por una antropóloga que se desempeñaba en la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud en el marco de su rotación profesional por esta Defensoría.

²⁰¹ Se denominan así las actuaciones por iniciativa propia de esta agencia, es decir, sin que medie reclamo particular.

Según me relataron las empleadas de la Defensoría, predominó entre los médicos/as una postura de rechazo a atender pedidos de ligadura, argumentando “limitaciones estructurales del sistema de salud” para prestar prácticas consideradas prioritarias, temor a juicios por mala praxis, y problemas de equipamiento para practicar ligaduras. Varios/as profesionales llegaron a plantear que apelarían a la objeción de conciencia “no porque estuvieran en contra de la práctica sino porque estaban en contra de una política que priorizaba algo que no era realmente una cosa de salud pública, como sí lo era el tratamiento del cáncer de útero”.

Las entrevistadas de la Defensoría se mostraron preocupadas y críticas con la propuesta planteada por profesionales del servicio invitado, que “con toda la historia a cuesta de ligaduras tubarias. A nuestra forma de ver era (sonriendo) ¡lo más! O sea, lo más rápido, si tenías algún problema enseguida llamábamos ahí”, pero en aquella oportunidad:

L: Lo que plantean ellos, luego de las discusiones que hay sobre el tema de la judicialización de las enfermas mentales,²⁰² de cómo se resolvía ese tema que también era algo conflictivo, es que en realidad están **decididos a no aplicar la ley como está en la normativa**, ¿no? La ley nacional dice que por voluntad de la persona que lo solicita. Lo que (levantando la voz) *propone* el [hospital “de referencia”] al resto de los hospitales, luego de que nosotros habíamos hablado y habíamos dicho esto, es que apliquen lo que el [hospital “de referencia”] venía aplicando. [pregunté de qué se trataba] **Ante indicación médica**. Indicación médica con, muy, con **una restricción bastante importante, digo**. Ellos tienen armado desde hace bastante tiempo un semáforo donde hay ciertas situaciones (Licenciada en trabajo social, empleada en el área de salud de la Defensoría) (el resaltado me pertenece).

Fue la primera vez que escuché hablar de este instrumento –el “semáforo”–, ya familiar para el personal de la Defensoría, y del cual enseguida me ofrecieron y entregaron una copia. Relataron, entonces, una suerte de *lobby* realizado por el servicio, que promovía la adopción de este “semáforo” como dispositivo para decidir, en cada caso, si realizar o no

²⁰² La ley 26.130/06 en su art. 3 establece “cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquella”.

la ligadura de trompas solicitada por las mujeres. La propuesta, interpretada desde esta agencia como un retroceso en relación con la liberalización que la flamante ley venía a promover, dio lugar a:

[...] una *pelea* así, atroz, porque bueno, nuestro abogado por supuesto se puso a tratar de aclarar que acá ya el médico no tenía *nada que hacer, nada más que, justamente, darle lugar al pedido*. O sea, no tenía ni que justificar la intervención. O sea, con el sólo hecho de tener un consentimiento informado de la persona y su solicitud, tenía que directamente acceder a la práctica (Lic. en trabajo social, área de salud de la Defensoría) (el resaltado me pertenece).

A partir de esta diversidad de prácticas profesionales –rechazar, derivar, denunciar, proveer– la Defensoría desplegó estrategias que se tensaban. Por un lado, a través de la negociación informal con los servicios que estarían dispuestos a practicar la ligadura, por su inclinación favorable o “amigable”, sin llegar a tomar medidas de mayor envergadura para con aquellos que derivan sin más. Por otro lado, con la promoción enfática de la obligación legal de cada servicio que cuente con las condiciones materiales apropiadas de organizar sus propios recursos para garantizar la atención de los pedidos de esta práctica. En este sentido, cuando algunos meses más tarde esta agencia fue nuevamente convocada por el PSSyR, una de las expositoras bogó por “no naturalizar el rechazo que imponen las direcciones de los hospitales a estas prácticas”, que llevaba a “derivar sistemáticamente a los servicios que sí realizan: ésta no es la forma”. El auditorio no respondió públicamente a esto, a pesar de que continuaba siendo una práctica frecuente.

Otra cuestión, más relevante aún, que no merecía un posicionamiento crítico por parte de la Defensoría respecto del planteo de este servicio, era la naturaleza de la indicación médica, ya que se identificaba con la aplicación del “semáforo” propuesta. Así, la indicación médica quedaba ligada a los criterios de distinto orden que este dispositivo incorpora para decidir la conveniencia de la realización de la práctica sólo cuando no los transgreda, criterios que ponen en cuestión la autonomía de la mujer aunque, paradójicamente, se sostenga que tiene por objeto resguardarla.

Las nuevas “reglas de juego” en el campo de la política pública aquí abordada surgen de un proceso de construcción social que se cristalizó formalmente a través de la redefinición legal que más recientemente estableció que la práctica de ligadura tubaria no está supeditada al criterio de los/as profesionales de la salud. Pero las normas, como mostré con el análisis de la diversidad de prácticas de los distintos actores sociales, involucran la posibilidad constante de desafío, resignificación y validación. En este sentido, cabe resaltar las nuevas formas en que se expresan las resistencias en este novedoso contexto legal, a través de cierto “desplazamiento” de argumentos, tanto por parte de quienes ya las habían manifestado abiertamente, como de aquellos que, según los términos de esta entrevistada, “tenían una visión más flexible”. Esto revela la complejidad que adquiere la implementación de la política propuesta a través de la ley.

En la construcción de esta política particular, el servicio en cuestión se constituyó, a través de sus prácticas, como servicio “de referencia” o “amigable”, tal como fue referido por funcionarios/as del Programa, y la Defensoría, entre otros actores que comparten esta perspectiva, incluidas las mujeres que procuraban ligarse las trompas. El reconocimiento en estos términos justifica la estrategia de “sensibilización” mencionada desde la coordinación del Programa, y que incluye la práctica de tender relaciones personales con los sujetos:

[...] hay lugares donde empezamos un camino un poco más amigable con profes-, (se corrige) algún profesional que no es que lo hace porque no le queda más remedio sino porque entiende que es una práctica que tiene que ver con los derechos de las personas y que es accesible pero, es todavía como... como la predisposición así de, de buena voluntad, de compromiso [...] (Coordinadora del Programa, gestión 2006-2008).

Como se lee en el fragmento, el acceso a la práctica –en la práctica– se inserta en un campo que lleva a considerar atributos como la “predisposición” y el “compromiso” de los/as profesionales, por contraste con aquellos que no los tienen, quienes actúan bajo el peso de

las normas, *"porque no le queda más remedio"*.²⁰³ Tales atributos remiten a lo que Fassin (2003) refiere en términos de la arbitrariedad con que se ejecutan los lineamientos formales de la política, y que hace a la buena o mala voluntad de los agentes encargados de darles cumplimiento.²⁰⁴ Esto obliga a considerar las condiciones sociomorales en que se despliega la política en cuestión. Veamos entonces este contexto a partir de las formas en las que la ligadura se manifiesta (o no) como una alternativa anticonceptiva en el servicio "de referencia".

²⁰³ Puesto en estos términos, queda claro que la sanción no era la vía de acción que la coordinadora consideraba posible desplegar para dar cumplimiento a las normas, de ahí su insistencia en la participación colectiva para la implementación de aquellas y, con eso, la satisfacción de los derechos consagrados.

²⁰⁴ En su análisis de las políticas del gobierno francés de regularización de inmigrantes y de ayudas sociales a desocupados, la otra figura que menciona en la aplicación desigual de una misma medida es la contingencia (humor, cansancio, confusión de los agentes, etc.).

CAPÍTULO V

LA LIGADURA TUBARIA EN DISTINTOS ESCENARIOS

En este capítulo abordo las condiciones en las que se manifiesta el recurso a la ligadura en el cotidiano del servicio “de referencia” para esta práctica. Al tiempo que recupero su dinámica de trabajo en materia de salud reproductiva, a partir de las prácticas observadas y referidas por profesionales y mujeres que se atendían en este servicio, describo y analizo las modalidades en que el tema de la ligadura es puesto en escena en los distintos espacios de atención del servicio. Asimismo, recupero las condiciones de aparición de la ligadura en el ámbito “privado” de la atención de la salud. Este análisis revela construcciones sociomorales acerca de la sexualidad y representaciones acerca de las mujeres que se expresan en, y organizan, modos de gestión diferenciales para el acceso a esta práctica en las instituciones hospitalarias y la atención “privada”. Las prácticas en uno y otro ámbito implican, además de modos particulares de tensión de las normas, la reproducción y refuerzo de relaciones de desigualdad que operan en detrimento de las mujeres de menores recursos.

La “consejería en anticoncepción” y (eventualmente) la “consejería para ligadura”

Con la intención explícita de reforzar un modelo de atención basado en la “prevención” y la “optimización de las oportunidades” a partir del contacto de la población con el sistema de salud –como acostumbraba repetir la autoridad del servicio– tienen lugar las actividades de “consejería en anticoncepción” en aquellos espacios. Asimismo, la rutina de atención incluye la prescripción de estudios de laboratorio y ginecomamarios para la detección de enfermedades, sin que esto dilate la prescripción de un método anticonceptivo así se trate de la primera consulta de una mujer que quiere adoptar un

método: éste es prescrito sin contar con los resultados de los estudios²⁰⁵ que, de todas formas, se solicitan *a posteriori*. Esta modalidad –y el hecho de que licenciadas obstétricas con especialidad en salud reproductiva estén habilitadas a prescribir métodos–²⁰⁶ todavía es objeto de controversia en la tocoginecología, ya que una perspectiva médica más conservadora sostiene la necesidad de contar con los estudios antes de adoptar un método que debe ser indicado por un/a profesional médico.²⁰⁷

El orden de prioridades que supone prescindir de tales estudios a la hora de adoptar un anticonceptivo, es compartido por la coordinación del PSSyR, desde donde se advirtió la urgencia que ameritan y con la que deben ser resueltas las consultas por anticoncepción, y se bogó por: *“no indicar una chorrera de estudios”*. En este sentido, durante una jornada del curso anual, el expositor invitado –Coordinador del Programa de Atención Posaborto de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de Nación y médico de guardia del servicio “de referencia” para ligadura– planteó que para colocar un DIU no hay necesidad de tener un Papanicolau hecho, ya que –aclaró– es preferible tratar un cáncer con DIU, que un cáncer con embarazo (y citó el caso que terminó con la muerte de la mujer embarazada en Santa Fe, *“y los médicos con un flor de juicio”*). La difusión y adopción de medidas anticonceptivas –a través de la atención “urgente” de las consultas por anticoncepción– constituye, como subyace al comentario del invitado, la estrategia privilegiada para la prevención de la mortalidad materna por aborto²⁰⁸ explicitada por parte de actores, como en este caso, vinculados al gobierno local y nacional. En este sentido, este profesional resaltó que el descenso reciente de la participación del aborto

²⁰⁵ Papanicolau y colposcopia para el DIU, análisis de laboratorio para las píldoras anticonceptivas.

²⁰⁶ Como esta formación no habilita a estas profesionales a colocar DIUs, cuando están a cargo del consultorio deben solicitar que un profesional obstetra acuda a realizar esta maniobra. Sin embargo, esto contradice la ley de farmacia, según me explicó una de las obstétricas que se desempeña en el consultorio de salud reproductiva. Por otro lado, la farmacia del hospital –donde se retiran los métodos anticonceptivos– sólo admitía recetas de profesionales médicos que tenían su firma registrada allí. Las obstétricas de este consultorio, entonces, acostumbraban tener recetarios en blanco pero firmados y sellados por otras profesionales del servicio, a fin de agilizar la prescripción del método.

²⁰⁷ Se alinean en esta perspectiva conservadora quienes plantean que es menester conocer las maniobras abortivas –cuando éstas fueron realizadas– a fin de brindar la asistencia médica indicada, fundamento del “interrogatorio” antes mencionado.

²⁰⁸ Las muertes por aborto en el país representaban la principal causa de muerte entre las que se asocian al evento reproductivo o “mortalidad materna” (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2009).

entre las causas de estas defunciones obedecía a varios factores: las acciones promovidas desde el programa que coordina –“trato humanizado” y atención de la urgencia que significa un aborto en curso, y “consejería en anticoncepción” antes del alta, en un marco respetuoso de los “derechos sexuales y reproductivos”; la difusión del aborto medicamentoso, en tanto prácticas de las mujeres, y las actividades del PSSyR, a través de la provisión de anticonceptivos. Aclaró, incluso, que se debía supeditar el alta a la realización de la “consejería en anticoncepción” –porque *“esto es hacer prevención”*– y no tanto a los parámetros clínicos que suelen fijarse para ello. La exageración que implica jerarquizar aquel criterio para establecer las condiciones del alta de mujeres internadas por aborto, aun cuando no pueda entenderse literalmente, viene a reforzar la prioridad asignada a la adopción de medidas anticonceptivas como estrategia para evitar el recurso al aborto. Esta perspectiva es la que organiza en gran medida las actividades de “consejería” arriba comentadas, y asigna un lugar especial a la promoción de la adopción de medidas anticonceptivas de las mujeres internadas con motivo de un aborto (que adquiere características particulares, como mostraré más adelante). Veamos ahora cómo se plantea la ligadura en el cotidiano del servicio, y especialmente a través de las actividades de “consejería en anticoncepción”.

Los días que funcionaba el consultorio de “consejería para ligadura”, al mismo tiempo que el consultorio “general” de salud reproductiva, era común que unas pocas mujeres citadas para el día aguardaran a la ginecóloga que atiende en el primero de ellos por la mañana. La identificación de la profesional dentro del servicio “de referencia” facilitaba la consulta “espontánea” –es decir, sin turno– por parte de mujeres derivadas desde otros servicios, como se vio, generalmente con una nota firmada por el/la profesional que le indicó el circuito a seguir.

No obstante, más allá de la intención del servicio de concentrar las consultas por ligadura, éstas también se presentaban en el espacio “general” del consultorio, no sin que esto produzca un intercambio de miradas entre las presentes, tal como pude observar, incluyéndome en esta interacción con la profesional a cargo y la mujer que consultaba. En ocasiones, una respiración profunda por parte de aquella, precedía a las preguntas y explicaciones que acostumbraban seguir. Este pequeño gesto de incomodidad puede

considerarse, ya dentro del consultorio,²⁰⁹ una de las primeras marcas que distinguen y transmiten la complejidad del tratamiento particular de esta práctica. Podría ser que esas reacciones surgieran simplemente de la sorpresa, siendo que existía un consultorio especializado para atender consultas con motivo de ligadura. Pero no deja de ser significativa, puesto que el consultorio de salud reproductiva era, como se dijo, el espacio dedicado exclusivamente a realizar la “consejería en anticoncepción”. Esta actividad también era realizada por las parteras en el marco del “curso para el parto” y en la sala de la maternidad, coordinadas por la única de ellas que tiene nombramiento de planta. La asignación de la coordinación a esa profesional puede entenderse como una forma de garantizar la continuidad de estas tareas, centrales en el “perfil” del servicio.

El espíritu que caracteriza esta “consejería”, de acuerdo con los/as profesionales, coincide con la modalidad en que generalmente ésta se despliega en las consultas, según pude observar: sobre todo cuando se trataba de una “consulta de primera vez” a este consultorio, los/as profesionales dedicaron un tiempo generoso²¹⁰ a presentar más o menos detenidamente la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el hospital y las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Esto apuntaba a permitir –como muchas veces se explicitaba frente a las mujeres– que sean ellas quienes elijan el método de su preferencia, que les resulte más cómodo y/o les de más confianza. Acostumbraban aclarar que no necesariamente la decisión debía ser compartida por su compañero (sobre todo cuando se hacía evidente que éste se desligaba de las medidas anticonceptivas), aunque celebraban la presencia de sus compañeros en la consulta, y en el caso de las mujeres que

²⁰⁹ Porque como se vio en el capítulo anterior, el acceso a este consultorio implica la exposición del motivo de consulta ante la secretaria, a diferencia de otras prácticas.

²¹⁰ Estas consultas solían insumir más tiempo que las “de seguimiento” ya que en esa instancia se completa una historia clínica específica de este consultorio, actividad que orienta el “interrogatorio” y compromete especialmente la atención del/a profesional. Era común la queja por estas consultas, en función del mayor tiempo que demandaban. La historia clínica recoge los datos personales: nombre, domicilio, número de documento, fecha de nacimiento y edad, estado civil, máximo nivel de educación alcanzado y actividad laboral. En ocasiones también son solicitados algunos de estos datos referidos a su pareja, aunque, si bien constan en el formato impreso, no siempre ni todas las profesionales indagan esto. Se evalúa el “riesgo social” a partir de preguntas sobre adicciones –drogas, alcohol– y violencia familiar y sexual, básicamente. Luego, se indaga sobre: edad al momento de la menarca y características de los períodos; edad de la primera relación sexual, cantidad de parejas sexuales y frecuencia de encuentros sexuales. Por último, se reúnen los antecedentes obstétricos –embarazos, partos, abortos–, y las patologías padecidas.

solicitaron la ligadura, la ginecóloga les agradecía especialmente el gesto de estar acompañándolas. Al mismo tiempo, siempre que éstas (las mujeres que plantearon su intención de ligarse las trompas) estaban solas, esta médica indagó la opinión de su pareja, sin cuestionar la respuesta, que siempre indicó que la decisión era compartida por la pareja.

El consentimiento escrito del compañero de la mujer para acceder a la práctica –requisito antes habitual en el servicio, y todavía corriente en otros servicios– ya no es solicitado. Cuando una mujer que había completado los estudios prequirúrgicos consultó con la ginecóloga, mostró el formulario de consentimiento informado que había firmado ella, y en un margen, su marido, quien de puño y letra expresaba “*autorizo a mi esposa...*”. La médica le preguntó por qué había firmado él, y ella sorprendida preguntó “*¿Está mal?*”. La profesional le aclaró que la decisión sobre su cuerpo sólo le competía a ella misma, y que ni su marido ni ella como doctora podían decirle que no si era lo que quería. Y agregó: “*Que la decisión sea compartida con tu marido es perfecto, pero si él no quisiera y vos sí, acá te ligamos igual. Antes se pedía la firma del marido como un resguardo, se pedía de todo, cuando era ilegal, pero ahora sólo hace falta tu firma*” (notas de campo). Así, al tiempo que la profesional se refirió a las condiciones legales que recientemente habían reconocido el derecho a esta práctica por decisión personal, justificó la medida que el propio servicio había implementado anteriormente.²¹¹ Con esto, pasó por alto su propia práctica de preguntar sistemáticamente si la decisión había sido consensuada con su pareja, circunstancia positivamente valorada: “*es perfecto*”.

Esta modalidad de indagación entrañaba la posibilidad de que las mujeres ocultaran la oposición de sus compañeros –y a aquellos, la decisión de ligarse las trompas– como expresó una trabajadora social del servicio, quien reivindicó el derecho de las mujeres a elegir esta práctica para no volver a quedar embarazadas.²¹² No obstante, esta forma de

²¹¹ Cuestionada, como se vio en el capítulo II, por magistrados/as, funcionarios/as de la Defensoría, y legisladores/as, entre otros actores sociales.

²¹² En el próximo capítulo abordo una de sus intervenciones profesionales por ella relatada, dando lugar a prácticas y sentidos que tensionan estas declaraciones en situación de entrevista, alineadas con el discurso de derechos hegemónico en este servicio.

averiguar la opinión del compañero de la mujer revela que sigue vigente la consideración del cuerpo de la mujer en relación con otro. Las mujeres que conocí en la sala de espera expresaron esta tensión cuando, por ejemplo, una de ellas, que había ido a la consulta acompañada por su marido me dijo: *"aunque a él no esté de acuerdo, yo ya no quiero tener más hijos, por eso me quiero ligar. Y como está de acuerdo, mejor que lo sepan"*, y le dirigió una mirada, destacando así su presencia. Otra, que controlaba en el servicio su embarazo, pero que iría a parir a otro hospital (por las obras en el centro obstétrico), en uno de los encuentros, ya cerca de la fecha de parto, me dijo que tenía el consentimiento y que se lo haría firmar su compañero, por juzgar que *"no va a estar de más"*.

Al exponer la diversidad de métodos anticonceptivos disponibles, las más de las veces la ligadura tubaria no fue mencionada entre las opciones.²¹³ Se presentaron los métodos hormonales (píldoras e inyectables, incluidas las píldoras para el período de lactancia y, en menor medida, la anticoncepción de emergencia), dispositivos intrauterinos (DIUs) y preservativos masculinos, generalmente enfatizando que todos ellos tienen un mínimo margen de error. Asimismo, subrayaron su carácter reversible, y aclararon que podían ser abandonados cuando quisieran embarazarse. Más rara vez, explicaron que esta reversibilidad implica que pueden cambiar de uno a otro si el que hubieran adoptado no les resultara cómodo o les trajera algún inconveniente.

Las ventajas y las desventajas de los distintos métodos fueron mencionadas en términos relativos, comparando las facilidades y dificultades que unos y otros tienen, tanto para su implementación como en cuanto a los efectos secundarios –beneficiosos y adversos– que podrían tener, y generalmente sin hacer (o al menos no muy abiertamente) juicios de valor, por ejemplo:

²¹³ Y más excepcional todavía, fue que se mencionara la vasectomía como una alternativa anticonceptiva para la pareja. Los/as profesionales apelaron a la falta de hábito en la atención de varones al responder sobre la rarísima mención de esta práctica. Si bien no es objeto de esta tesis, quiero llamar la atención sobre este argumento, puesto que la referencia al otro método de empleo masculino –el preservativo– es infaltable. La prevención del VIH/sida obviamente justifica el énfasis en este método, pero al considerar el tipo de información que se brinda a unos y otras al mencionar las opciones quirúrgicas, se manifiestan construcciones sociales que pueden contribuir a explicar esta diferencia (que puesta en números de cirugías realizadas es impactante: hacia mediados de 2008, en este hospital se habían realizado 5 vasectomías y más de 200 ligaduras).

“El DIU sólo hay que controlarlo cada X tiempo, no tenés que estar pendiente de tener a mano el preservativo. Las menstruaciones pueden ser más abundantes, más prolongadas, más dolorosas, con sangrado intermenstrual, más flujo... pero todo esto puede no ser un problema si no te molesta, no es una enfermedad.”

“La ventaja de las pastillas es que son más efectivas, tienen beneficios cosméticos (acné), previenen algunas enfermedades como cáncer de ovario, alivian el asma, suelen regularizar los períodos. Y los problemas: hay que recordar tomar siempre a la misma hora, requieren constancia, prolijidad, que cuando tenés un bebé tan chiquito es difícil.”

(notas de campo)

En ocasiones, las mujeres parecían perturbadas e indecisas ante la presentación de las opciones, que procuraba no inducir la elección del método, y preguntaron al/a profesional y buscaron insistentemente con la mirada, esperando les sugiriera alguno en particular.

Por el contrario, los tiempos que teóricamente implica la “consejería” algunas veces fueron abreviados al lanzar la pregunta: “¿sabés con qué te querés cuidar?”. Así, las posibilidades de elección brindadas desde el consultorio se acotaban al no mencionar todas las opciones, al tiempo que, en ocasiones, la oferta también se vio afectada por las limitaciones estructurales y coyunturales de los métodos efectivamente disponibles.

En una oportunidad, la mujer que consultaba dijo que había estado la semana anterior y le había explicado a otra doctora que quería ponerse un DIU. Aquel día se fue con la receta para retirar el test de embarazo de la farmacia del hospital y con turno para ese día –en que observé la consulta– momento en que se inició su historia clínica. Trajo un frasco con la orina por temor a no hacer bien la prueba (la profesional –una licenciada obstétrica– se puso guantes descartables para ayudarla con la maniobra, pero le pidió a ella que destape y luego que cierre el frasco). Al responder sobre su situación laboral –ella y su marido trabajan a destajo en un taller de costura, a 60 centavos la prenda– contó que su marido se quejaba: estaba decepcionado –dijo– porque hacían sufrir a la bebé, que a veces lloraba y no podían atenderla, ya que cuando tenían una entrega que hacer no podían suspender la labor, que podía extenderse entre las 7 y las 22 hs. La profesional le sugirió cambiar de empleo, a limpieza, porque se pagaba mejor. No era novedad para la mujer, quien respondió que le resultaría imposible teniendo dos criaturas. Y la profesional agregó: “por

eso ni loca te podés quedar embarazada", en función de las condiciones de vida relatadas por la mujer, consideradas inadecuadas para ampliar la familia. La mujer se mostró intranquila mientras aguardaba el resultado del test. La obstétrica llamó por teléfono al médico [jefe de unidad de obstetricia] que haría la inserción del DIU. Cuando éste llegó se fijó si disponía del material necesario y salió en busca de los elementos faltantes. En ese momento la mujer expresó con preocupación, angustiada, que necesitaba ponérselo, que el marido la había mandado, y que esa era la tercera vez que iba al hospital y volvía sin el DIU. Rompió en llanto, entonces, y casi sin poder hablar y muy angustiada dijo que su marido la retaba por embarazarse. Entonces la profesional le señaló: *"decile a tu marido que tu doctora dice que no te rete, que no es tu culpa: eso es responsabilidad de los dos"*, y le sugirió que hablaran de esto también en la iglesia, ya que eso les había ayudado con el problema del alcoholismo de él. A continuación, algo recuperada, la mujer preguntó: *"y la ligadura de trompas, para no tener más hijos, ¿es peligrosa? ¿duele?"* (notas de campo).

Evidentemente, esta mujer había tenido un contacto anterior con profesionales del consultorio, en el que se le proveyó la prescripción para obtener el test de embarazo, después de manifestar que tenía intención de colocarse un DIU. Pero en esa oportunidad no fue formalmente admitida en el consultorio, ya que no había sido elaborada su historia clínica. En aquella cita, la "consejería" o bien no tuvo lugar –y simplemente, una vez que la mujer planteó que quería colocarse el DIU, se le indicó realizar la prueba que es requisito– o bien no se mencionó la ligadura como una alternativa. Si bien algunos/as profesionales manifestaron que las prácticas quirúrgicas de anticoncepción eran incorporadas a la rutina de la "consejería en anticoncepción", otros/as expresaron que la mencionaban sólo a mujeres para quienes consideraban conveniente (la definición de esta "conveniencia", expresada en la noción de "candidatas", es analizada en el próximo capítulo). También podría haber ocurrido que la profesional que la atendió antes haya desalentado esta posibilidad, y la mujer decidió, entonces, consultar a otra por esta alternativa.

Esta última fue, de hecho, una secuencia observada en otra oportunidad: estaba a metros del consultorio de salud reproductiva cuando comenzó a oírse una discusión que venía de allí. Al momento de salir la mujer se escuchó a la profesional, irritada y en voz

considerablemente alta, lanzándole *"te dije que no son motivos para querer ligarte, podés probar otras formas, ¡ya te expliqué!"*. La mujer, incomodada y al borde del llanto, no fue muy lejos. La secretaria, que estaba al tanto de la situación (su despacho está internamente unido al consultorio) abordó a la mujer: *"¿vos estás segura que querés esto?"*, y ante su respuesta afirmativa, le dio cita con la ginecóloga.

Así también, entre las historias clínicas recientes de mujeres que solicitaron y practicaron la ligadura de trompas en el servicio,²¹⁴ en una de ellas una médica dejó registrado que había solicitado *"rutina prequirúrgica para ligadura"*.²¹⁵ Pasados veinte días la mujer había retornado: *"trae hoja de ruta completa. Derivo a consultorio preqx [prequirúrgico]"*. Otra historia clínica para esta misma mujer había sido iniciada cuatro meses antes por otra profesional: *"refiere aumento de peso [indica un cambio de pastillas], doy consejería [subrayado en el original] por edad [31 años], doy consentimiento. Indico repensar decisión"*.²¹⁶ En esta oportunidad –que habría sido la primera consulta de la mujer por la ligadura– los estudios prequirúrgicos no fueron indicados porque la médica no juzgó conveniente practicarla (en función de la edad de la mujer) y así postergó la posibilidad de realizar la intervención solicitada. El retorno de la mujer al consultorio muestra su fuerte intención de realizar esta práctica, y la posibilidad efectiva de realizar todos los estudios solicitados en poco tiempo. Y sugiere, además, la estrategia de consultar con otra profesional, una vez

²¹⁴ Cuando solicité este material me fueron entregados 3 biblioratos, uno de ellos rotulado "ligaduras y vasectomías realizadas". Era notable la informalidad con la que algunas incorporaban información acerca de la realización de la práctica –otras no lo hacían en absoluto–, ya que no todas registraban la fecha de la operación y la técnica aplicada.).

²¹⁵ Para ello se acostumbraba extender una "hoja de ruta", que indica el circuito de autorizaciones y estudios prequirúrgicos indispensables para toda internación (y las prescripciones escritas para realizarlos). Incluye la autorización de la Auditoría a fin de gestionar el reintegro por la operación cuando se trata de beneficiarias de obras sociales, análisis de laboratorio, electrocardiograma, radiografía de tórax, y evaluación del "riesgo quirúrgico" por parte de especialistas en anestesiología. La realización de éstos puede insumir algunos meses, teniendo en cuenta las demoras en la entrega de turnos y resultados, además de la disponibilidad para la atención efectiva tanto por parte la institución como de la propia mujer.

²¹⁶ A pesar de que los/as profesionales deberían firmar las observaciones y prácticas realizadas en cada consulta, en el caso de las consultas por ligadura, lo más frecuente es que no queden identificados/as, puesto que ni firman ni sellan, a excepción de la ginecóloga. El resto de los/as profesionales comúnmente registran que la mujer solicitó la práctica, y que realizaron la "consejería", entregaron el consentimiento y la hoja de ruta con las órdenes para los estudios prequirúrgicos, y derivaron a aquella especialista. Aunque no indagué cómo fundamentan los/as médicos la práctica de no identificarse, es posible que esta se vincule con los temores tantas veces mencionados.

que la primera aconsejara reconsiderar la decisión por no considerar conveniente la realización de la ligadura.

Información sobre la ligadura: qué se dice y qué se calla

A diferencia de lo registrado en aquella historia clínica (la más antigua), observé que en las consultas por ligadura, el formulario de consentimiento informado sólo fue entregado cuando se indicó la rutina de estudios prequirúrgicos (es decir, una vez que fue habilitada la realización de la ligadura). Caso contrario, se dedicó algún tiempo a explicar en qué consistía la técnica de ligadura realizada en el hospital, y sobre todo a informar sobre otras opciones anticonceptivas reversibles, pero el consentimiento impreso no fue entregado, aunque sí relatado como parte de la rutina ante los pedidos de ligadura en situación de entrevista:

[...] ahí empezamos a trabajar con lo que sería un semáforo, con el cual, bueno, vos ahí vas viendo realmente, porque **primero le das una información en un folleto ¿sí?** En la cual bueno, se le explica ahí a la paciente qué es la anticoncepción quirúrgica (...), este, cuáles son los resultados, qué chances va a tener de embarazarse a futuro, **cosa que ella se pueda impregnar bien de este conocimiento y tener una idea más clara de, a lo mejor, este imaginario que hay con respecto a la ligadura ¿sí?** Porque hay mucho (...) que esto es reversible. (Lic. Obstétrica, de guardia, 7) (el resaltado me pertenece)

El folleto a partir del cual se debería brindar información a quien exprese inquietud por la ligadura tubaria –de acuerdo al procedimiento pautado en el servicio– es, en rigor, el consentimiento impreso (que incluye, como adelanté en el capítulo III, el “semáforo”).²¹⁷ Éste constituye el único material gráfico que informa sobre la ligadura. Si bien la coordinadora del Programa (gestión 2006-2008) expresó que los materiales de comunicación constituían “*pilares fundamentales*” a cuya producción se destinó parte del

²¹⁷ La dinámica de implementación del consentimiento informado y la operación del dispositivo llamado “semáforo” son analizadas en el próximo capítulo.

acotado presupuesto del Programa,²¹⁸ las prácticas de anticoncepción quirúrgica no fueron mencionadas en ninguno de los materiales elaborados y disponibles en el consultorio (trípticos y folletos sobre anticoncepción, prevención de ETS y VIH/sida), y recién en 2008 fueron incluidas en la web del Programa.

En el formato impreso para el consentimiento, dentro de un recuadro que inicia la presentación de la ligadura tubaria, se resalta: *“La ligadura de trompas es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico (es una pequeña operación). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente y definitiva.”* Debajo de él hay un gráfico del aparato reproductor femenino.²¹⁹ Luego se describe brevemente la operación: *“La ligadura de trompas consiste en cortar las trompas de Falopio, de manera tal que quede cerrado el paso entre los óvulos y los espermatozoides. La mujer no pierde sus características propias del ser mujer, ni la producción de hormonas, por lo que sigue ovulando y menstruando en forma normal (hasta su menopausia). La intervención no interfiere en las relaciones sexuales, ni tampoco en el goce de ellas.”* Se advierte que existen distintas técnicas, *“todas tienen igual eficacia”,* y que *“el método puede fallar, a pesar de haber sido bien realizado. Aproximadamente 17 de cada 10.000 mujeres operadas de ligadura de trompas puede quedar embarazadas”.* Se aclara que la intervención requiere anestesia, el tiempo estimado de internación, y cuidados posteriores (reposo relativo por una semana). En otro recuadro se advierten posibles complicaciones relacionadas con la cirugía o con la anestesia, y en otro se destaca –junto al lazo–insignia de la lucha contra el VIH/sida– *“Tenga presente: La ligadura de trompas no previene el contagio del virus del SIDA y de ninguna Infección de Transmisión Sexual. Lo único que las previene es el uso correcto del preservativo en TODAS las relaciones sexuales”* (resaltado en el original).

En las consultas que observé, pocas veces llegó a desplegarse esta información, que adquirió modalidades diferenciales de acuerdo al “perfil” de la mujer que consultaba (cuestión que analizo en el próximo capítulo).

²¹⁸ Desde el Programa se diseñaron y distribuyeron unos afiches vistosos, grandes y coloridos, pegados repetidas veces en las paredes del servicio donde hice trabajo de campo (mencionados en el capítulo IV).

²¹⁹ En él se señalizan los órganos que lo componen pero, a diferencia del modelo propuesto por el PSSyR, el gráfico no está ubicado en un croquis del cuerpo femenino, que facilita su comprensión.

Una profesional vinculó la escasa mención dada a la ligadura durante la “consejería en anticoncepción” con el tiempo que requiere alterar las rutinas profesionales: para el caso de las opciones quirúrgicas, la relativa novedad con que su acceso fue habilitado,²²⁰ explica la continuidad de un relato profesional que al exponer los diferentes métodos anticonceptivos rara vez hace lugar a la mención de las alternativas quirúrgicas. Pero también se refirió a la “sensación” –en sus propios términos– de estar promoviendo la elección del método hacia una práctica sin retorno. Así, en relación con una intervención radical como la ligadura tubaria, la sola acción de informar adquiere un sentido adicional –el de “hacer apología”– sentido no asociado a la mención de los otros métodos anticonceptivos sistemáticamente ofrecidos.

La omisión de información sobre la ligadura resulta significativa si se tiene en cuenta que, al referirse a la información que tienen las mujeres acerca de cómo se practica o qué implica la ligadura de trompas, los/as profesionales la describen como imprecisa, distorsionada, o completamente errónea (“lo tienen como una cuestión muy mágica”; “la idea de vaciamiento”):

Y la información la traen (...) **las informaciones vienen del imaginario social, ¿sí?** Esta cosa del boca a boca, esta cosa de (...). Tal vez no hay tanto de trabajo de difusión médica con respecto a esto en cuanto a lo que tiene que ver con los medios, ¿no? Yo siempre digo que el hecho de, en esa clase, el control prenatal es la instancia que la mujer tiene de cuidarse de punta a punta, ¿sí? Porque (...) de todo y hablamos. Entonces, el bagaje social que tiene, **la información que de boca a boca, socialmente hablando, se clarifica, se fundamenta y se charla desde un lugar diferente cuando estamos sentados frente a un escritorio...** (Lic. Obstétrica, de guardia, 7) (el resaltado me pertenece)

Así, los/as profesionales acostumbraron distinguir espacios y fuentes legítimos o válidos de información de aquellos que no lo son. Durante la instancia de “devolución” comenté que varias de las mujeres con las que tuve oportunidad de conversar en la sala de espera me dijeron que sabían que la ligadura no se hacía a mujeres con menos de tantos chicos (de 4 a 6), o con menos de 3 ó 4 cesáreas, ni a menores de cierta edad (35 años

²²⁰ Hacía menos de un año que regía la ley 26.130/06 cuando inicié el trabajo de campo en el servicio.

aproximadamente). Algo irritada y con un gesto de desaprobación, la profesional que recién cité preguntó: “¿Pero de dónde sacaron esa información?”. Este comentario constituye parte de la práctica discursiva de descalificación de los saberes de estas mujeres, constituidos en su interacción con los servicios/profesionales de salud, interacción que supone relaciones de hegemonía/subalternidad. De hecho, según me relataron varias mujeres, en sus recorridos institucionales fueron “rebotadas” por este u otros servicios cuando expresaron su deseo de ligarse las trompas: es en esa trama que se dan distintos procesos de transacción que tienen lugar entre los conjuntos sociales y sus saberes (Menéndez, 1994). En este sentido, cabe resaltar que los criterios mencionados por las mujeres como aquellos con los que los/as profesionales definen el acceso a la ligadura, se cuentan entre los que efectivamente operaban como parámetros (cantidad de hijos, de cesáreas, cierta edad) y las categorías mencionadas por las mujeres no se alejaban demasiado de las que, en rigor, organizaban las rutinas profesionales en torno a esta práctica (como se verá en el próximo capítulo). No obstante, la “asimetría del conocimiento” –entre el saber experto y la información “lega”– es destacada y así refunda la necesidad del encuentro con profesionales, reforzando la dependencia, rasgo central de la experiencia de la enfermedad y el encuentro médico-paciente (Lupton, 1997).

Al mismo tiempo, con esto se invisibiliza y descalifica el rol de otras mujeres, como los recursos sociales siempre disponibles, los que tanto en relación con las alternativas anticonceptivas como en otros aspectos que hacen al cuidado/atención de la salud constituyen lo que Eduardo Menéndez (1990) denomina el “modelo de autocuidado de la salud”, el primer nivel real de atención de la salud.

Expresando la hegemonía que como clase o sector los/as profesionales de la salud ejercen sobre los conjuntos sociales subalternos, y en el caso que nos ocupa especialmente sobre las mujeres, la violencia simbólica se manifiesta toda vez que restan validez a sus saberes, cuestionan sus prácticas, y rechazan o se burlan más o menos abiertamente de sus referencias e incluso sus motivos para someterse a la ligadura:

No, lo que vos tratás de hacer en ese momento es, 25 años con un solo hijo, si no tiene ninguna indicación médica de que no puede tener más hijos, no sé, porque tiene una insuficiencia cardíaca o una insuficiencia renal, ¿viste? Si es que realmente porque se le

ocurre, o porque la amiga o la vecina le dijo "mirá que en el [hospital "de referencia"] ligan las trompas y si te las ligás nunca más tenés hijos, y ni el DIU ni..." Es decir, que **vienen con esa mentalidad**, uno trata de revertir esa mentalidad que tienen las pacientes [...] y ver cuál es la realidad y *por qué* ella se quiere ligar las trompas, porque **hay millones de excusas por las que las pacientes se quieren ligar las trompas**. Las que vienen que, desde que el marido quiere que se ligue las trompas, o que ella, porque tuvo un parto o un embarazo y un parto traumático y no quiere más tener hijos, este... (Médica residente, obstetricia, 6)

Lo hacen por moda, no lo hacen porque realmente lo piensan. (Médico obstetra, de guardia, 5)

Es que la mujer generalmente lo separa. Su salud reproductiva es una cosa, **quieren la solución rápida, inmediata y permanente**. Y no lo relacionan con el control ginecológico. Lo separan... Para nosotros a veces es una buena excusa para que a lo mejor tenga su primer control ginecológico, y control clínico, porque para hacer esta intervención se piden estudios cardiológico, clínicos, de laboratorio, y a veces encontramos cosas, ¿no? Diabetes oculta, trastornos de la coagulación, pacientes con HIV. (Ginecólogo, jefe, 10)

Estos fragmentos muestran que se desvalorizan los saberes, las expectativas, las experiencias y los contextos de vida cotidiana de los que emerge la decisión de recurrir a esta práctica por parte de las mujeres. En el último de ellos se revelan otras cuestiones en juego: sin considerar la inserción de las experiencias de estas mujeres en procesos socioeconómicos, políticos e ideológicos de amplio alcance, las prácticas profesionales tienden a responsabilizar individualmente a las mujeres por la falta o déficit de controles médicos de la salud. Ello implica, al mismo tiempo ocultar el modo de organización de la formación y el ejercicio del propio saber biomédico, que se expresa en la estructura institucional de este hospital: como se describió, el consultorio de salud reproductiva funciona exclusivamente en el servicio de obstetricia, mientras que el servicio de ginecología se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología génitomamaria.

Durante las consultas que observé, pero también durante las conversaciones en sala de espera con las mujeres que se habían ligado las trompas, las mujeres que solicitaron la

ligadura expresaron que no querían tener más hijos, y algunas agregaron que no querían arriesgarse a volver a quedar embarazadas –como ya les había pasado– por cuidarse con otro método. Otras justificaron su decisión, además, mencionando problemas de salud propios o de sus hijos/as, las complicaciones padecidas en los embarazos anteriores, y las dificultades económicas para tener una familia más numerosa.

Fueron, como dije, muy pocas las ocasiones en que se incluyó en el espacio de la “consejería en anticoncepción” la mención de la ligadura, y en ningún caso a la mujer que consultaba pareció resultarle una alternativa conveniente. Mis notas no registran sus características, apenas mi sorpresa por el hecho de que se informara acerca de su disponibilidad. No obstante, teniendo en cuenta que fue en la segunda etapa, esto tanto podría ser efecto de mi presencia en ese espacio –cuando, con la “devolución” se hizo más claro, como expresaron, que constituían mi “objeto de estudio”– como el paso del tiempo, que paulatinamente iría permitiendo modificar sus prácticas cotidianas.

Al desvalorizar, como se vio, las experiencias que motivan la decisión de las mujeres de recurrir a la ligadura, y vinculando su pedido a la calidad de la información que tienen las mujeres acerca de esta práctica, un médico reivindicó la capacidad de los/as profesionales para evaluar los pedidos:

Todavía no vienen con una información que podamos decir realmente que sea *buena*. Por eso es que el médico, frente a ese pedido, el rol del médico, yo quiero jerarquizarlo, que debe brindarle la información y, obviamente, debe evaluar si esa paciente realmente por un *capricho* o realmente por una *necesidad* real es que solicita este procedimiento. (Médico ginecólogo, jefe, 10)

Así, una vez removida legalmente la indicación terapéutica como cláusula que condicionaba el acceso a esta práctica, el rol profesional se reubica en torno a la habilidad para discernir la naturaleza de los pedidos, distinguiendo aquellos que son planteados “por un capricho”, “por comodidad” de los que obedecen (y deben ser atendidos) a una “necesidad real” o “mayor conveniencia”. Se advierte aquí la moralización de la *sexualidad no reproductiva*, cuya experiencia no admite –legítimamente– comodidad ni rapidez, tal como expresó el mismo entrevistado (citado páginas arriba), al tiempo que habilita el control a

partir de criterios técnico morales de la biomedicina.

Por su parte, la ginecóloga que atendía consultas por ligadura, muy pocas veces incluyó referencias al impacto o consecuencias de la ligadura en la vida sexual. En esas oportunidades expresó que era importante cuidarse en la medida en que eso facilitaba el disfrute de las relaciones sexuales, *“que se ven afectadas por tantas otras cosas: cansancio, trabajo, preocupaciones cotidianas... porque la idea es disfrutar de la sexualidad, y la ligadura es una forma”* (notas de campo). Así, la promoción de medidas anticonceptivas –entre ellas la ligadura– se justifica más recientemente vinculándola a la posibilidad de vivir la sexualidad de un modo placentero. Entonces, es el exigido comportamiento *“responsable”*, como tantas veces explicitaron los/as profesionales ante las mujeres que atendieron, expresado a través de la adopción de medidas anticonceptivas, lo que habilita el legítimo disfrute de la sexualidad. Y al mismo tiempo habilita el control, que se expresa toda vez que son los/as profesionales quienes evalúan para quién *“la ligadura es una forma”*, y para quien no.

El tiempo dedicado para la *“consejería para ligadura”* fue referido por los/as profesionales como esencial para la toma de decisión por parte de la mujer:

El tema del arrepentimiento es lo que se trata de ir viendo eh, con la consejería, por eso no es que en un día se define. O sea, viene alguien y plantea, sobre todo las embarazadas. En el embarazo como tenés 9 meses por delante, o 5 meses por delante, la citás más seguido y lo vas charlando. En la que viene no embarazada no la vez tan frecuentemente. Tratás de plantearlo, pero el tema no es *“bueno, querés ligadura, se te hace”*. Viene la consejería [...] pero entonces por eso hay que tomarse tiempo en la consejería. (Médica obstetra, de planta, 4)

Así, los pedidos planteados en los primeros meses del embarazo posibilitarían que la *“consejería”* se de como un proceso de información que permita establecer la convicción de la mujer con respecto a la ligadura a lo largo de las consultas, a fin de evitar atender a un pedido *“poco meditado”* por parte de la mujer que luego de lugar al arrepentimiento. Con este argumento –*“que no sea un recurso de desesperación sino una decisión realmente”*, según dijo la médica recién citada– los/as profesionales se resisten a dar curso a los

pedidos planteados en coyunturas particulares recientemente experimentadas, entendiendo que éstas dan lugar a “demandas poco reflexionadas”, tales como la reciente notificación de un resultado positivo para el test de VIH, o transitando un embarazo que no había sido planeado.

Pero, en ocasiones, las mujeres llegan a pedir la ligadura cuando están ya cerca del término del embarazo. Esto genera malestar entre los/as profesionales, como pude observar cuando asistí, sin proponérmelo, a una consulta de una joven en el *hall* de la sala de la maternidad con dos médicas obstetras: le dijeron que no podían asegurarle si terminaría en parto o en cesárea, y que lo principal era controlar su diabetes para llegar a término en buen estado. Sobre lo que parecía el final del encuentro la joven dijo que le había comentado a su médico del centro de salud donde controlaba su embarazo que quería hacerse la ligadura. Las profesionales enmudecieron un momento, y luego, en primer lugar le preguntaron su edad. (...) Una de las médicas –la jefa del servicio– que estaba ya retirándose, volvió hacia ella y le dijo que le darían un material para leer, para informarse sobre la práctica, “para que lo compartas con tu mamá, tus hermanas, amigas, con quien vos quieras, o no lo compartas si no querés”. Una vez camino a su despacho, esta profesional, con una mirada que transmitía cierta sospecha me dijo en voz baja y sin disimular su molestia –“y viene ahora, por primera vez...” Retomé las palabras de la joven, quien le habría comentado al médico con el que se atendía su intención de ligarse, a lo que me respondió “Sí, pero la debe haber rajado, y viene acá porque sabe que acá hacemos... Por más joven que sea, yo por mí se la haría: diabética, con tres chicos, uno discapacitado... pero es un tema con estas chicas tan jóvenes que quieren ligarse” (notas de campo). Expresó así, la molestia por la afluencia de mujeres a las que, momentos después, se refirió como “paracaidistas, que caen así, con la pretensión de ligarse”.

También, la ligadura fue sugerida por los/as propios profesionales, durante el embarazo de las mujeres o incluso al momento del parto, siempre que se tratara de una cesárea. Y algunas mujeres también plantearon su pedido en la instancia misma de la cesárea. Esta situación –en la que se refirieron a las mujeres como “las que entran por la ventana”– es especialmente problematizada por los/as profesionales, en parte por considerar que es un momento que “supone un estado emocional muy particular”. Esta apreciación puede ser

asimilada a la construcción del “estado puerperal” como un momento de revolución hormonal e irracionalidad que expresa la locura latente del funcionamiento normal del organismo femenino (Daich, en Tarducci, 2008).

En un sentido distinto, de acuerdo con la experiencia en la clínica de una de las médicas obstetras entrevistadas, el embarazo es el contexto en el que mayormente surge en las mujeres la intención de practicar la ligadura, a la vez que ésta se presenta como una decisión asentada, sostenida en el tiempo de gestación y *a posteriori*. Sin embargo, muchas mujeres que conocí en la sala de espera desconocían que se pudiera realizar esta intervención en otro momento distinto de la cesárea. Resta explorar en qué medida esto contribuye a que la mayor parte de las intervenciones fueran realizadas al cabo del embarazo.²²¹

La ligadura en espacios “privados” de atención médica

El acceso a la ligadura tubaria se encontraba “*desde siempre*” disponible a través del mercado de servicios médicos, sin que resultara públicamente problematizado. Cabe resaltar que todas las intervenciones realizadas en estas circunstancias fueron referidas por su carácter clandestino,²²² apelando a una prohibición total establecida por las normas antes vigentes que, como se vio en el capítulo II, consideraban situaciones excepcionales que implicaban su despenalización.

La práctica de esta intervención a nivel privado asumía, por un lado, ciertas características comunes a otro tipo de bienes y servicios no legales (arreglo de honorarios, estricto

²²¹ Para los años 2005 y 2006, sólo el 8% de las ligaduras se habían realizado en mujeres que no habían estado embarazadas recientemente; mientras que el 62% fue practica intracesárea y el 30% en el puerperio inmediato. Más del 90% de las mujeres que se operaron hicieron su pedido durante su embarazo. Datos que surgen de un trabajo del equipo de profesionales de salud reproductiva del servicio, presentado en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, en agosto de 2007.

²²² Puesto que si bien se realizaba en instalaciones y dentro de la estructura administrativa de instituciones de obras sociales y clínicas privadas, el acuerdo siempre era entre el médico/a y la mujer, honorarios mediante.

manejo del secreto que implica no dejar constancia en documentos, entre otros), al tiempo que la administración de su acceso también se realizaba desde ciertos criterios médicos que organizaban las rutinas profesionales en las instituciones sanitarias públicas, desde los cuales se definen "candidatas" a la práctica.

En cuanto al motivo de elección de esta práctica entre las mujeres que contaban con suficientes recursos como para poder costearla, un profesional expresó:

Y, en privado... eh, viendo los casos que yo veo, eh, acceso a la anticoncepción tienen, por ahí el tema de la ligadura es algo cómodo... y te olvidás, no tenés ni que tomar la pastilla todos los días, ni estar pendiente del DIU, que si te baja y demás. O sea, tiene esas ventajas. Las desventajas de la irreversibilidad, pero hay mujeres que ya la tienen muy clara, 6 chicos, que se quedaron embarazadas por mala suerte para ellas, según ellas. Está bien, es válido. (Ginecólogo, de guardia, 3)

Las dificultades para el acceso y la adopción de otros métodos anticonceptivos transitorios, muchas veces entendido como escenario en el que las mujeres que se atienden en el sector público se inclinan por la ligadura, no son experimentadas por las mujeres que pueden recurrir a otros sistemas de atención de la salud y, eventualmente, al pago de honorarios profesionales por esta práctica. En cuanto a ellas, el argumento de la comodidad, repudiado en caso que lo planteen las que concurren a los servicios públicos, se revela un fundamento de la elección de práctica como técnica anticonceptiva, incluso como condición para el disfrute de la sexualidad no reproductiva.

La posibilidad de verse envueltos/as en litigios –inherente, como reconocen, al ejercicio de la medicina– es vinculada por ellos/as al carácter necesariamente público de las prácticas profesionales asistenciales en el ambiente hospitalario, mientras que el ejercicio de la medicina en el espacio "privado" permite la gestión del secreto (como se explicó en la última nota al pie de página).

Expresiones de los/as médicos más reticentes, refuerzan el argumento de la inseguridad, la incertidumbre o la ambigüedad legal con una caracterización peyorativa de las mujeres de los sectores más desfavorecidos, las que procuran atención en los servicios públicos, entendiendo que *"esta legislación es como para países con otro nivel, acá hay que educar a las*

mujeres", durante el encuentro en el que participó como invitada la jefa del servicio "de referencia" (notas de campo).

Así, este escenario se completaba con la imagen de la *mujer arrepentida*: aquella que tiempo después de haberse ligado por propia decisión cambia de parecer e inicia acciones legales contra el/la profesional que atendió su pedido. Y parecen ser exclusivamente las mujeres que se asisten en los servicios públicos de salud las que podrían tornarse una amenaza. Por el contrario, ninguno de los/as entrevistados se refirió a las mujeres que consultaban de manera privada en términos de potencial amenaza, caso cambiaran de opinión después de ligarse las trompas. Sin embargo, comentaron los "recaudos" basados en el manejo del secreto que rutinariamente se tomaban a fin de minimizar su exposición. Estos incluían la terminación del embarazo con la programación de una cesárea, para evitar dejar cicatrices que no pasarían desapercibidas ante la mirada de otros/as colegas, o la institución médica de previsión social o prepaga (ya que así esta práctica queda solapada en el acto quirúrgico de la cesárea).

Por otra parte, la provisión efectiva de la ligadura en este espacio se basaba, en parte, en la consideración de las circunstancias que rodeaban a la mujer que solicitaba la práctica y que permitían comprender su decisión:

[...] Lo que pasa es que la hacés igual por un arreglo personal. Vos tenés una relación médico-paciente en privado mucho más estrecha quizás que en el hospital, entonces vos *sabés* a quien se la vas a hacer. No es una paciente que vino por primera vez y la viste y te pidió la ligadura, porque no se la hacía. Se la hacías en una paciente que seguiste nueve meses su embarazo o que la conocías previamente, y que *entendías* la situación y el contexto... [...] (en voz baja, con tono grave). Si la paciente te denunciaba... eso no se lo hacías a cualquiera. (Ginecóloga, de planta, 2)

La acción de cierta empatía entre los/as profesionales con las mujeres que atendían en este ámbito, surgida de la mayor proximidad en el espacio social –en comparación con la distancia social que supone la relación médico-paciente en los servicios públicos– junto al beneficio económico, contribuían a tensionar las normas legales de manera diferencial en los espacios "públicos" y "privados" a través de las prácticas profesionales cotidianas.

Como sostuve en otro trabajo (del Río Fortuna, 2009), discursivamente, esto se expresó en presentaciones que contrastaban las dinámicas institucionales de estos espacios. Asimismo, la caracterización estereotipada de las mujeres que asistían a uno y otro, y que daba lugar a un vínculo también contrastado en cada uno de ellos, organizaba las prácticas y rutinas profesionales de modo diferencial, al tiempo que reforzaba la vigilancia del acceso a la ligadura en el caso de las mujeres de los sectores más desfavorecidos.

Con la nueva legislación, que estableció formalmente el acceso gratuito a esta práctica en todos los subsectores del sistema sanitario, su realización en instituciones de carácter privado o semipúblico implica pasar por una serie de instancias burocráticas y de evaluación a cargo de distintos profesionales:

A nivel privado, eh, sí, están llegando los pedidos, y las obras sociales y prepagos (se interrumpe), me ha llegado una carta de un prepago, en la cual si tuviera alguno de esos casos tendría que derivarlo a la obra social para vehicularlo (imitando cierto tedio) a través de psicóloga, auditoría médica, una cantidad de vueltas, o sea que no queda en mí, a pedido del prepago, la decisión final. Que en realidad no es lo que marca la ley. (Ginecólogo, 10)

Las complicaciones y la demora que implica tal circuito podría llevar a las mujeres que cuenten con los recursos económicos necesarios a incurrir en gastos de bolsillo (como antes) a fin de agilizar la resolución. Así, con ésta entre otras estrategias profesionales, se reconfiguraría el mercado en torno a esta práctica. Pero lo que este fragmento también muestra, es la consideración por parte del profesional del poder decisivo que debería tener su opinión frente al pedido de esta práctica. Por el contrario, la disposición de nuevos mecanismos de evaluación por parte de las empresas de salud y entidades de seguridad social implican una suerte de desplazamiento, que opera a través de la dispersión de la capacidad de decisión –más allá de la decisión manifiesta de la mujer, cabe recalcarlo– entre una variedad de actores que podrían actuar a partir de una

diversidad de criterios en sentidos contrapuestos.²²³

Se observa, entonces, que los términos *público* y *privado* empleados por los/as profesionales de la salud, retoman pero exceden las referencias a la organización del sistema sanitario en subsectores. Éstos connotan una diversidad de sentidos que remiten a los efectos diferenciales de clandestinidad, penalidad y caracterización de las mujeres que atienden en uno y otro. Tales nociones, entonces, deben ser entendidas como multívocas y relacionales.

Sexualidad, anticoncepción y responsabilidad

El problema del aborto, planteado en términos del impacto en la morbilidad materna, fundamenta la estrategia sanitaria que enfatiza la promoción de la anticoncepción. En este sentido, cuando hacia final de 2008 peligraba la provisión de insumos del Programa debido a la demora en la ejecución de una compra, desde su coordinación se insistió en la necesidad de contar con los datos de los métodos entregados a la población bajo programa, como principal herramienta de defensa del Programa. Al mismo tiempo, se expresó que *“la estrategia pasa por llamar la atención hacia la tasa de mortalidad materna –sobre todo por aborto– y embarazo no deseado que, se supone, acompañan el movimiento de disponibilidad o no de insumos en anticoncepción”*.

Este argumento, presente desde los años '60, cuando se desarrollaron las primeras actividades de planificación familiar, más recientemente contribuyó a legitimar la ligadura tubaria como método seguro y eficaz de evitar la concepción y, así, los riesgos del aborto. Así, el problema del aborto constituye el contrapunto en el que se fundamenta el recurso de la ligadura tubaria compartido, como se vio, por distintos actores sociales, al tiempo que encierra sentidos disputados acerca de la naturaleza femenina, su sexualidad

²²³ Si bien en estos niveles de atención pueden establecerse mecanismos como éstos, que limiten el acceso a las prácticas de anticoncepción quirúrgica –que desde que rige la ley 26.130/06 deben ser provistas gratuitamente a los/as beneficiarios de obras sociales y prepagas, sus intereses se deben haber visto afectados por la modificación de la regulación legal de esas prácticas. De ahí el *lobby* que opusieron a su sanción (Página 12, 28/06/06).

y la maternidad.

A diferencia de los argumentos que remiten al aborto en términos de problema de salud pública, es su concepción como crimen “contra la vida” lo que llevó al sacerdote que integra el Comité de Bioética a apoyar la habilitación de esta práctica en ciertas circunstancias. También la ginecóloga que participa del equipo de profesionales del consultorio de salud reproductiva, es una declarada objéctora de conciencia en relación con el aborto. Asimismo, varias mujeres que se ligaron las trompas y otras que se mostraron a favorables a su legalización, fundamentaron el recurso a ella desde una la condena moral del aborto. Resta explorar en qué medida esto expresa un proceso de incorporación de la perspectiva médica y los cánones morales tradicionales que bien puede resultar estratégica a la hora de solicitar una práctica cuyo acceso es dirimido por los/as profesionales de la biomedicina.

No obstante el entusiasmo que expresó la jefa del servicio en relación a las realización de actividades de consejería preaborto (e incluso de interrupción del embarazo en circunstancias legalmente permitidas),²²⁴ cuando en las reuniones del equipo a cargo de consultorio de salud reproductiva alentó el trabajo en esta línea –“a la uruguaya”, como refirió–²²⁵ la recepción, sin embargo, generó cierta incomodidad y el tema fue abandonado sin darse discusión alguna. A pesar de que la suya no representaba una posición mayoritaria al interior del equipo, lentamente otras profesionales parecían inclinarse a sostener esta perspectiva. En este sentido, participó junto a otras profesionales del servicio de reuniones en el Ministerio de Salud de Nación para legitimar la “consejería pre y posaborto” que resultaron en la guía de procedimientos publicada por este organismo. Se mostró orgullosa a la vez que ansiosa: *“si todo sale bien vamos a empezar a trabajar menos en*

²²⁴ En este sentido, hacia finales de 2007, festejó la publicación de una guía práctica para la atención del aborto no punible, y resaltó que ésta incluye la interrupción del embarazo en cualquier caso de violación (cláusula presente en el Código Penal que es interpretada, las más de las veces, en sentido restringido).

²²⁵ La ley 18.426, de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva de Uruguay, sancionada el 1° de diciembre de 2008, contempla la “consejería pre y posaborto” –que incluye recomendaciones, prescripción de antibióticos, información acerca de maniobras que no se deben realizar, y sobre las “señales de alarma” ante las cuales procurar atención médica– aun cuando la interrupción voluntaria del embarazo continúa siendo definida como un delito.

las sombras”, y este momento sería, según ella “cuando la gente entienda que es para la reducción de daños. Ese argumento no se puede objetar, porque no se trata de hacer un aborto, sino de evitar mayores riesgos para la que quiera abortar”. (notas de campo).

La legitimidad de estas prácticas –tanto la consejería para la interrupción voluntaria del embarazo, como el aborto en casos no punibles– estarían ligadas a la necesidad de velar por la salud –procurando evitar peores consecuencias– y no tanto al derecho a la autodeterminación y disposición del propio cuerpo. Éstas son reivindicaciones incorporadas en la noción de “derechos sexuales y reproductivos” de acuerdo con las demandas del movimiento de mujeres de donde surgió este concepto, como se vio en el capítulo II. Sin embargo, cuando algunas profesionales del equipo aluden a esta consigna, los sentidos contenidos allí no coinciden con aquellas. Constituyen, sí, un elemento para la distinción discursiva, a la vez que orientan su trabajo cotidiano en una perspectiva todavía muy resistida, y que se expresa en las prácticas asistenciales que efectivamente despliegan, que tanto se expresan en la provisión de ligadura como en la implementación del programa de “calidad de la atención del aborto en curso”,²²⁶ entre otras actividades.

Es posible extraer otras conclusiones de la estrategia de promoción de la anticoncepción a partir del tratamiento que el aborto en curso tiene en el servicio (haya sido espontánea o provocada la pérdida del embarazo). Como parte del programa de atención posaborto, los/as profesionales señalaron el éxito en la adopción de medidas anticonceptivas por parte de las mujeres que atravesaron recientemente un aborto, con una importante cantidad que se inclinó por el DIU, que les fue colocado en el mismo acto quirúrgico de completar el aborto, previa solicitud de su consentimiento.

La presentación de un trabajo sobre esta práctica en un congreso de especialistas, motivó

²²⁶ Esta actividad se inició con una investigación sociomédica realizada por un centro de estudios (CEDES) acerca de las condiciones de atención del aborto en curso, que fue seguida de una instancia de capacitación para sus profesionales. Así, el servicio se proponía una conducta asistencial que se alejara de los malos tratos que, como la bibliografía sociológica señala (Checa y Rosenberg, 1996; Ramos y Viladrich, 1993, entre otros), y como organizaciones de mujeres continúan denunciando, signan el pasaje de las mujeres por las instituciones de salud en estas circunstancias, donde son acosadas con interrogatorios, sospechadas, castigadas, y culpabilizadas tanto de provocar la interrupción del embarazo como de no procurar atención médica a tiempo.

cuestionamientos, según comentó una residente durante una de las reuniones del equipo profesional de salud reproductiva. Las objeciones, dijo, asumían que en tales condiciones las mujeres no habrían tenido tiempo suficiente para decidirse por este método, y podrían luego arrepentirse, *“¡como si así las estuviéramos obligando!”* exclamó entre indignada y sorprendida.

De la observación de consultas surge que la promovida elección del anticonceptivo por parte de la mujer, se inserta en una relación asimétrica en la que los/as profesionales detentan el recurso legítimo del saber. A partir de esta posición están en condiciones de orientar –o elegir no hacerlo– la decisión de las mujeres que atienden de diversas y más o menos sutiles formas. En este sentido, son significativas, además de la omisión de ciertas opciones (como se vio, la anticoncepción quirúrgica y la de emergencia, consideradas excepcionales por motivos distintos), la omisión de los efectos adversos de algunos métodos, que podrían desalentar su elección: en el caso del DIU, casi nunca se menciona la rara posibilidad de que la maniobra de colocación provoque una lesión en el útero, ya que en ese caso *“nadie se lo pondría”*, dijo una profesional.²²⁷

Al tiempo que se enfatiza la necesidad de evitar la “reincidencia” de las mujeres que atravesaron un aborto, y siendo que el DIU una vez colocado no requiere mayor compromiso que un par de controles al año para garantizar su eficacia anticonceptiva, la promoción de este método y la celebración de la cantidad de estas mujeres que se inclinaron por su adopción, sugiere el cuestionamiento de la “responsabilidad” de aquellas. Así, la provisión del DIU, mediada por la presentación de ese método entre las opciones, se revela más que como resultado de un proceso de elección de la mujer, como una forma de control sobre su cuerpo.

La ligadura tubaria, por su parte, es la intervención anticonceptiva que elimina de manera permanente la posibilidad de que la mujer vuelva a resultar embarazada, y con ello, que recurra al aborto. La historia de Ramona, una mujer de cerca de 50 años que conocí en la

²²⁷ Quien tampoco mencionó los efectos adversos de la medicación para provocar un aborto. En cuanto al DIU, la única vez que se informó al respecto, estaban a cargo del consultorio profesionales que proveen este método en menor medida que sus colegas.

sala de espera, y que se había ligado las trompas en el servicio cuando tenía 44 años, expresa este sentido:

Le pregunté por qué se había ligado: "Y, 11 chicos, 3 fallecidos, diabética. ¿Y cómo supiste? -pregunté -Acá me dijeron, porque ya con la diabetes que me salió en el último embarazo era peligroso. ¿Y no se te había ocurrido antes? -Sí, pero antes no era como ahora, que con 6 chicos te ligan. No, me sacaron cagando antes [en el mismo hospital].

A: ¿Y te explicaron cómo era la operación? ¿Qué te iban a hacer?

R: Sí, sí, me cortaron, no me ligaron, no me ataron las trompas, me las cortaron, yo lo pedí así porque ya no quería saber nada. El último embarazo me arruinó la vida, yo ya no quería. Ellos me embarazaron.

A: ¿Cómo es eso?

R: Sí, porque ella (señalando hacia el consultorio) me venía dando inyecciones, y un tiempo que ella no estuvo viniendo porque tenía a la madre enferma yo vine a pedir más [la doctora le daba 4 ó 5 cajas y Ramona se las hacía aplicar en la salita]. Y acá me mandaron a la salita, y ahí me dijeron que cómo me estaban dando eso, que tenía mucha hormona, que no era para mí. Y al final me dieron unas pastillas, pero por 4 meses no me bajó, y ahí ya estaba embarazada... y me vine acá. Yo estaba remal, con una depresión, no quería saber nada... y vine como loca, porque yo no quería eso, y lloraba, y lloramos juntas con la doctora... ella enseguida pone el hombro, y me dijo "y qué le vas a hacer, ya está mami, lo tenés que aceptar." Le mostré lo que me habían dado, porque me quedó de recuerdo la cajita que estaba tomando. No podía creer que me habían dicho eso "¡pero cómo no te dieron...!". Además allá sólo te dan pastillas (con gesto de expendio) en cambio la doctora me hacía ecografías, todo. Y ahora, que ya no tengo nada que ver con esto (señalando el consultorio) vengo igual, porque la doctora me conoce...

Según refiere Ramona, fueron la cantidad de hijos -algunos de ellos fallecidos prematuramente- y su enfermedad, lo que habría llevado a los/as profesionales a plantearle la alternativa de ligarse las trompas, cuando atravesaba un embarazo que había intentado evitado. Frente a un embarazo que "le arruinó la vida", la ligadura tubaria fue entonces la garantía de no volver a atravesar la experiencia de la maternidad, límite que había procurado antes, y le fue negado.

El próximo y último capítulo de esta tesis, se detiene en el análisis de las rutinas profesionales y las construcciones sociales en que aquellas reposan, y que implican, frente a cada mujer, contemplar la posibilidad de presentar esta práctica como una posibilidad, una indicación médica o una medida altamente inconveniente.

CAPÍTULO VI

RUTINAS PROFESIONALES, DISPOSITIVOS Y TENSIONES: SENTIDOS ACERCA DE LA TÉCNICA EN RELACIÓN CON LA PERSONA

En este capítulo analizo los procedimientos rutinarios en la atención cotidiana en el consultorio de salud reproductiva vinculadas al acceso a la práctica de ligadura tubaria en el servicio de obstetricia desde que rigen las nuevas condiciones legales para él. Recupero aquí los discursos de los/as profesionales y la observación de otras prácticas, y analizo una serie de dispositivos que organizan las actividades asistenciales: la “consejería” y la administración del consentimiento informado, el “semáforo” y la interconsulta con colegas del equipo de salud. Atendiendo especialmente a los modos de ofrecimiento y resolución de los pedidos de ligadura tubaria, centro la mirada en el problema de la relación entre la técnica y la construcción de la persona desde la perspectiva de los/as profesionales de la salud.

Retomando la noción de “técnicas corporales” de Marcel Mauss (1979), en este capítulo focalizo algunos aspectos que permiten entender la práctica de ligadura tubaria como una actividad técnica que tiene lugar en la vida cotidiana de las personas. Esa noción se basa en la ampliación del concepto de técnicas más allá de la adopción de instrumentos y su despliegue en esferas productivas, y supone que hasta las acciones más nimias de la vida cotidiana aprehendidas socialmente implican un desempeño técnico del cuerpo, que compromete tanto la transformación de lo morfológico (el cuerpo en su materialidad) como del comportamiento, dado por el *habitus*. Así, las técnicas no sólo modifican materialmente a quien las ejecuta –evidenciando el carácter maleable del cuerpo– sino que involucran la transformación de las relaciones sociales con los otros.

En tanto la ligadura tubaria es una de entre otras alternativas anticonceptivas, la noción de “elecciones técnicas” del etnógrafo francés Pierre Lemonnier (2002) es útil para el problema que analizo. Este autor planteó que las representaciones acerca de la técnica –y la elección entre las posibilidades técnicas disponibles– se imbrican en otras

representaciones, es decir, se insertan en y resultan compatibles con el universo social y simbólico más amplio que implica consideraciones “no técnicas”; lo que en rigor –señala– lleva a cuestionar las distinciones entre lo “técnico” y lo “social”. Desde ahí es que cabe indagar ¿qué significados adquiere la práctica entre los/as profesionales de la salud? ¿con cuáles representaciones sociales se articula la representación de esta técnica particular? ¿cuáles lógicas y en qué sentidos orientan su elección (o no)? Para ello, describo y analizo los sentidos que los/as profesionales asignan, promueven y cuestionan en torno a la ligadura tubaria y que contribuyen a delinear los modos de intervención biomédica de los cuerpos femeninos.

La definición biomédica de la “conveniencia” y los “factores de arrepentimiento”

Como se vio en el capítulo II, durante los debates de los proyectos de ley sobre anticoncepción quirúrgica, la cantidad y el “perfil” de las mujeres que solicitan la ligadura, fueron los datos aportados desde jurisdicciones que ya venían proveyendo esta práctica para contrarrestar la inquietud de quienes, oponiéndose a la liberalización de esta práctica, pronosticaban una “avalancha” de jovencitas demandando esta intervención. En este sentido, la jefa del servicio de obstetricia esperaba que el “perfil gineco obstétrico” de las mujeres que se ligaron los trompas allí antes y después de que entrara en vigor la ley 26.130/06 expuesto en unas jornadas científicas,²²⁸ contribuyera a erradicar esa “fantasía”, según refirió a esta posibilidad. Sin embargo, pese a la intención de alentar a otros servicios a funcionar de acuerdo con lo que la ley promueve –el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo en materia de capacidad reproductiva a través del recurso a esta práctica– la presentación de las características de las mujeres que se operaron como si se tratara de las características del universo de mujeres que solicitaron la ligadura, encubría el lugar decisivo de los/as profesionales de salud a la hora de recibir sus pedidos y evaluar si realizar o no tal intervención.

²²⁸ VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2007.

Así, la relativa estabilidad²²⁹ del número de prácticas realizadas, y la persistencia del “perfil” –caracterizado por la edad y la cantidad de hijos/as de las mujeres al momento de la operación– obliga a dirigir la atención hacia los criterios con que se dirime la “conveniencia” de realizar esta práctica, puesto que *“la media de edad de las mujeres que accedieron al método es de 34,5 años (22-47 años). El promedio de hijos en este grupo es de 6 (0-14)”*.²³⁰ Para mediados del año 2007, la edad media de las mujeres operadas fue 33,4 años, y el número promedio de hijos era 5.3 (3-10).²³¹

Como se vio, el “semáforo” establece criterios para el proceder profesional frente a las solicitudes de ligadura a fin de estandarizar la evaluación de los pedidos de ligadura tubaria, a través de una serie de preguntas, y en función de los “factores de arrepentimiento”.²³²

[...] el tema no es “bueno, querés ligadura, se te hace”. Viene la consejería [...] pero entonces por eso hay que tomarse tiempo en la consejería. Pero el semáforo sí, generalmente uno a veces... piensa en el semáforo (en voz baja, como dudando) “esta mujer se puede arrepentir”, y eso es lo que se anota. Pero no significa que con eso no vaya a ligadura. Porque después se pone el ok o sí, o no. Pero es como que es una alerta para ver en las siguientes consultas qué puntos tratar. Si tenemos un semáforo con muchos amarillos o muchos rojos y sigue pidiendo ligadura tenés que seguir hablando mucho y machacando mucho en cada consulta a ver realmente qué quiere. Y lo que es conveniente para ella. Es más que nada a nivel, ahora el semáforo funciona más que nada a nivel de guía para la consejería futura. (Médica obstetra, de planta, 4) (el resaltado me pertenece).

La “consejería” –y dentro de ella, la implementación del “semáforo”– aparece aquí expresamente vinculada a otra intención: la de orientar la decisión profesional acerca de si

²²⁹ Porque existe un leve aumento, producto de la demanda acumulada que recién con la sanción de la ley ve facilitado el acceso a la práctica en cuestión.

²³⁰ La base (n= 182) corresponde a los años 2005 y 2006, sin que varíe significativamente de un año a otro.

²³¹ Sobre la base de 21 mujeres de las que se tenían los datos, de las 24 mujeres operadas ese año. De éstas 24, sólo una era soltera, y casadas o en uniones estables las otras 23. El estado civil no fue consignado en las planillas de los años anteriores.

²³² Estos, se recuerda, son: mujer joven, menor de 30 años; con pocos o sin hijos, y con todos los hijos del mismo sexo. Para más detalles, ver capítulo III.

practicar o no la ligadura a pedido de la mujer, teniendo en cuenta las chances de “arrepentimiento”. Como se adelanta aquí, el arribo a la decisión tomará más tiempo – *“tenés que seguir hablando mucho y machacando mucho”*– si el dispositivo de colores no arroja una franca luz verde, o si alguna/s características de la mujer se reconocen como “factores de arrepentimiento”. Estos factores establecen cierto “perfil” de mujeres que se constituyen en una suerte de “candidatas al arrepentimiento”. Con la noción de “candidatura” –retomando la propuesta de Susana Margulies (1998)²³³ quiero mostrar los procedimientos y prácticas rutinizadas en el abordaje clínico de mujeres particulares, a partir de la articulación con “riesgos estadísticos” (en este caso, de cara al “arrepentimiento”). Esta noción se opone a la categoría nativa de “candidatas” (a la ligadura), tal como acostumbraron a referirse los/as profesionales, identificando así unánimemente a las mujeres para quienes un próximo embarazo implicara un riesgo para su salud o su vida en función de los antecedentes obstétricos (sobre todo, la cantidad de cesáreas, pero también el número de embarazos, así hayan terminado en partos vaginales²³⁴) y/o patologías preexistentes (padecimientos coronarios, renales, diabetes, hipertensión arterial, etc.). Así, la “conveniencia” de recurrir a esta práctica estaba todavía asociada a los criterios en los que se basaba la “indicación terapéutica”. Estos criterios, como se verá, remiten al saber técnico de la biomedicina desde el que se establece el “riesgo clínico”²³⁵ al tiempo que encubre valoraciones sociomorales, puesto que se fundan en, y refuerzan, construcciones sociales acerca de la sexualidad, la maternidad y el “ser mujer”.

Como se adelantó, distintos actores sociales expresaron su confianza en el “semáforo” como instrumento para dirimir la conveniencia de realizar la práctica de ligadura: además

²³³ La autora retomaba allí la noción de “candidatura” planteada por Ronald Frankenberg (1994) en relación con los análisis profesionales del riesgo.

²³⁴ Si bien los/as profesionales reconocen que la multiparidad es un factor reconocido de morbilidad materno-infantil, el análisis revela que ésta conlleva otros sentidos.

²³⁵ Es en virtud de estos criterios que durante el tiempo que estuvo cerrada la maternidad se gestionaba ágilmente la derivación de algunas mujeres que atendían allí su embarazo, y que se ligarían las trompas al momento del parto (estrategia a la que me referí en el capítulo IV): fue a mujeres con varias cesáreas y otras viviendo con VIH, que la jefa del servicio extendió una nota dirigida al director de otro nosocomio, priorizando de esta forma la atención de mujeres que, de embarazarse nuevamente, enfrentarían mayores riesgos vitales.

de los/as profesionales del servicio y del hospital, personal de la Defensoría y organizaciones de mujeres. Una en particular,²³⁶ participaba activamente del circuito de derivación de mujeres para ser operadas en este hospital, previa aplicación del “semáforo”, tal como expresó orgullosamente su presidenta durante la entrevista. Las mujeres eran referidas allí con una carta. Transcribo a continuación una de ellas, adjuntada a la historia clínica:

Htal. [...] / Dra. [...]: nos dirigimos a Ud. a fin de informarle la situación de la señora..., de ... años de edad, DNI..., la cual se presenta en nuestra institución el día ... solicitando se articulen los medios para la realización de una ligadura tubaria bilateral. Se la derivó al hospital local, encontrándose el mismo de paro por tiempo indeterminado. La sra. ... manifiesta haber usado métodos anticonceptivos, los cuales no le han proporcionado resultados positivos. Además la sra. ... tiene ... hijos. Ante esta situación, solicitamos a ud. tomar en cuenta los motivos expresados por la señora y efectivizar la realización de la ligadura. La sra. ... ha sido informada de las consecuencias de dicha práctica, completando la ficha de ligadura tubaria bilateral y el semáforo (lo cual se adjunta), frente a lo cual ha manifestado su consentimiento. Agradeciéndole su atención y descontando que a la sra. ... se le garantizaran sus derechos en su hospital, la saludamos con mucho afecto.” (firma la presidenta de la ONG).²³⁷

Así, tanto la nota como la ficha adjuntada y la propia implementación del “semáforo” sugiere que, a pesar de los términos en los que la ley reconoce el derecho universal al acceso, como se anunciaba en el cartel que exhibe esta fundación, sólo algunas mujeres eran derivadas al servicio para operarse, de acuerdo con criterios que no se distinguían, entonces, de los que organizaban las prácticas médicas, expresados en la exposición de los

²³⁶ Un cartel en su sede que anuncia: “Ligadura tubaria bilateral o ‘atarse las trompas’ es un derecho humano, la ley 26.130 dice que todas tenemos derecho a esto en el hospital público y gratuitamente, consúltenos!!!” (subrayado en el original).

²³⁷ En otra carta, con similar formato, firmaba una de las abogadas que integra la fundación. La ficha que se adjunta recoge los datos personales –nombre y apellido; edad; cantidad de hijos; cantidad de embarazos– un formulario que indaga si está embarazada (y fecha probable de parto); problemas de salud y dificultades en embarazos previos; servicio donde realiza controles de salud ginecológica; utilización actual y previa de métodos anticonceptivos y dificultades experimentadas; si le fue sugerida la ligadura, por quién y qué información le fue brindada. Se adjunta el “semáforo” propiamente dicho (que señala con cruces en los casilleros “verdes” para todas las respuestas), no el consentimiento.

datos que estos documentos recogen. Veamos a continuación de qué modos la noción de “candidatas” organizaba las actividades de la “consejería”.

Acerca de la indagación y la información, o de cómo opera el semáforo

Al planteo de las mujeres que consultaron con motivo de la ligadura, tanto en el consultorio de “consejería para ligadura” como en el espacio general del consultorio de salud reproductiva, le siguió la exploración de sus motivos y la ponderación de las respuestas al “interrogatorio” de rutina, que incluyó, como se vio, la indagación sistemática acerca de la opinión de la pareja siempre que la mujer se hubiera presentado sola a la consulta.

En el consultorio dedicado exclusivamente a la “consejería para ligadura”, la ginecóloga a cargo preguntaba, mientras comenzaba a completar la historia clínica: “¿Por qué querés la ligadura?”. Luego acostumbraba indagar por el tamaño ideal de familia imaginado por las mujeres.

Durante una consulta, al completar la historia clínica, la ginecóloga le preguntó cuántos hijos soñaba tener antes de empezar a tenerlos y la joven –que tenía 3 hijos– le dijo, riendo, que ninguno. Intentó, entonces, profundizar en la respuesta que la sorprendió, y la joven agregó que simplemente no se lo había imaginado. Aquel interrogante revela que la médica asumía la existencia de un proyecto de maternidad de larga data. Por el contrario, la ausencia de este proyecto entre los varones no le resultaba llamativa: a un paciente que consultó con intenciones de hacerse una vasectomía, le hizo esta pregunta y ante el gesto de indiferencia de él por respuesta, ella agregó: “¿o no pensabas en eso?”. Y luego, mirándome: “¿viste? los varones no piensan en eso... las mujeres sí”. La operación de representaciones sociales que identifican la maternidad como proyecto naturalizado para las mujeres y que habilitan para los varones otras opciones, se expresa asimismo en la información que la profesional les brindaba a éstos cuando consultaban por la vasectomía: la médica destacaba que la intervención no interferiría en “las funciones del hombre”, en el funcionamiento del pene y su capacidad eréctil, asumiendo así la centralidad de la

experiencia de la sexualidad masculina.

Luego, solía seguir el planteo de ciertas situaciones o escenarios hipotéticos: “¿Y qué pasaría si dentro de x tiempo querés que tu hijo tenga un hermanito?”, “¿Y si cambiás de pareja y querés tener hijos con esa otra persona?”. Estas preguntas, que asumen que el proyecto de maternidad podría reinstalarse más adelante, sólo fueron planteadas a las mujeres más jóvenes²³⁸ y a las que tenían “pocos hijos/as”. Se guiaba, así, de acuerdo a los criterios señalados en el dispositivo, lo que muestra la intención de reducir la incertidumbre médica, o “la necesidad de control de lo que no se sabe” (Margulies, 1998: 58).

En virtud del carácter radical –por definitivo– de la ligadura, las/os profesionales expresaron que era imprescindible para las mujeres contar con información y tiempo de meditación para tomar la decisión de practicarla. Sin embargo, durante las consultas observadas, la información acerca de lo que ésta implica no fue generalmente objeto de un especial tratamiento, aunque siempre se enfatizó el carácter definitivo y quirúrgico. En este sentido se explicaba que se trataba de una operación que no tenía vuelta atrás, y que la única posibilidad –si algún día se arrepintieran y quisieran volver a quedar embarazadas– sería recurrir a una costosa operación que no estaba disponible en el hospital público.²³⁹ En ellas, poco se dijo acerca de los cambios fisiológicos que pueden o no experimentarse. Las alternativas quirúrgicas para realizar la ligadura, sólo fueron explicadas por la ginecóloga especializada en el consultorio de “consejería para ligadura”, aunque no siempre, como se verá más adelante.

El espacio de tiempo dedicado a la “consejería” fue más amplio frente a mujeres cuyos “perfiles” no cuadraban con los criterios establecidos en el dispositivo (los que se ordenan en la caja de colores y/o los “factores de arrepentimiento”), al tiempo que incluyó información sobre métodos transitorios y reversibles. No obstante, la información en

²³⁸ El “corte” suele trazarse en los treinta años –siguiendo el “semáforo”– pero resulta más conflictivo cuando la mujer está próxima a los veinte.

²³⁹ Durante mi segunda etapa de trabajo de campo la información brindada fue más exhaustiva que en la primera fase. Caben aquí las mismas hipótesis que planteé en el capítulo anterior acerca de la incorporación de la ligadura entre los métodos anticonceptivos disponibles al momento de realizar la “consejería en anticoncepción”.

torno a la práctica en cuestión no fue más exhaustiva. Sólo en esos casos se observó la puesta en acto de la proclamada imperiosa necesidad de dedicarle tiempo a la "consejería" antes de avalar la realización de la práctica a través de la extensión de los documentos necesarios para iniciar el camino hacia la modificación irreversible del cuerpo.

Por el contrario, otra fue la rutina cuando se trató de mujeres con características que las convertían en "candidatas" para la ligadura: durante la atención a una mujer alrededor de 40 años, madre de ocho hijos, la doctora le preguntó si en algún momento se había cuidado. La mujer respondió que casi nunca: sólo en una oportunidad había tomado pastillas, pero durante la enfermedad de su padre se olvidó y quedó embarazada. Levantó los hombros, como si fuera toda lo que pudiera decir. La profesional opinó: "*seguramente información no te faltaba, por el medio donde trabajás*" [era enfermera en un hospital público de la ciudad] y la mujer no encontró nada para decir. La médica le aclaró, como tranquilizándola: "*no digo nada, sólo te estoy preguntando*", y agregó que tendría que cuidarse hasta que llegue el momento de la operación, porque si resultara embarazada en el medio no se podría operar (notas de campo).

En esa, su primera consulta, le fue entregado el formulario de consentimiento informado, con indicación de leerlo detenidamente, compartirlo si así lo deseaba con quien quisiera, y firmarlo, con la aclaración de que sólo su firma era necesaria (a diferencia, como se vio, del procedimiento antes corriente de solicitar la firma del marido). Asimismo, a aquellas mujeres consideradas "candidatas" se les entregó la "hoja de ruta" y las órdenes para los estudios prequirúrgicos, habilitándolas de esta forma a practicar el procedimiento solicitado, sin dedicar más que unos pocos minutos a la "consejería", que no incluyó información ni promoción de otros métodos (reversibles) más que para garantizar que no fueran a embarazarse en el lapso de tiempo que les tomaría realizar los estudios previos a la operación. Al mismo tiempo, el espacio para la atención de dudas fue diferido a próximas consultas. Las profesionales que atendieron demandas y consultas espontáneas de ligadura derivaron a las mujeres a la ginecóloga para más detalles acerca de la

intervención, sin siquiera desplegar la información disponible en el consentimiento entregado.²⁴⁰

Los tiempos de la "consejería" se veían acotados, también, cuando eran las hijas de las enfermeras las que solicitaban la práctica. Durante una reunión del equipo, la jefa del servicio cuestionó la práctica de aceptar realizar y programar la ligadura sin detenida consideración, y bogó por: *"tener en cuenta que es una decisión suficientemente importante como para que se tomen media hora, charlar"*. Así, problematizó la rápida admisión que, se puede suponer, obedecía en parte a las relaciones movilizadas, de cierta familiaridad y conocimiento, además de las características atribuidas a ellas, que remitían al "riesgo social". En efecto, este constituye otro criterio que contribuye a definir el "perfil" de las "candidatas", desde el cual justifican la realización de la ligadura:

Antes era un tema, cada vez que me veían aparecer a mí con una paciente para ligadura era... de terror. Una paciente, en general pacientes o familiares de acá, de gente del hospital, que tenía 5, 6 hijos, con un sueldo que, *también* lo económico. O sea, no es solamente el riesgo de vida, el riesgo de, *social* de un chico que nace y no tiene ni para comer, ¿me entendés? (Ginecóloga, de planta, 2)

Como se observa en este fragmento, las condiciones materiales de existencia configuran un factor de "riesgo social", noción que no atañe estrictamente a la mujer sino, y sobre todo, a su descendencia. Las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres que acudían al hospital, según refieren los/as profesionales, frecuentemente se expresaban en dificultades de distinto orden para el acceso a métodos anticonceptivos reversibles. En su opinión, algunas de estas dificultades se vinculaban con obstáculos situados a nivel de los propios servicios públicos pero que remitían a distintas lógicas (resistencia ideológica de las autoridades de servicios y/u hospitales, y demoras en la gestión o distribución de los

²⁴⁰ Esta debilidad de la comunicación de la naturaleza de la operación, fue manifestada por algunas de las mujeres que se operaron: durante una consulta de control pos operatorio, presencié las dudas que planteó una mujer, acerca de la operación y su eficacia. La profesional se puso seria y le preguntó si había leído el consentimiento, que para eso se lo dieron con tiempo –le dijo– para que lo leyera tranquila y se sacara las dudas. La mujer, sonriendo, se disculpó alegando no ser una gran lectora: *"lo que leo me entra y me sale"*. La profesional le explicó que con el método que emplean para realizar esta operación es altamente improbable que se pueda embarazar, aunque no pueden decir –porque la jefatura no les permite– que es 100% seguro, y la mujer se mostró aliviada por la alta eficacia.

insumos hacia los servicios). Otras veces, en esas mismas condiciones de existencia, se contemplaba también la operación de relaciones de género que impedían la adopción de métodos reversibles.

Frente a esas dificultades, varios entrevistados/as expresaron la conveniencia de realizar la intervención solicitada, en función del "riesgo social". Así, de acuerdo con la posición social de la mujer, con cierta cantidad de hijos ("grandes multíparas") se consideraba conveniente realizar la ligadura, en parte en función del riesgo clínico, procurando así ponerla a salvo y con ello garantizar el ejercicio de las funciones maternas para con sus hijos.

Vale señalar que entre los expedientes de la Defensoría el único informe médico que daba cuenta de esta dimensión en la evaluación del pedido de una mujer de recurrir a esta práctica, correspondía a este servicio de obstetricia.²⁴¹ La consideración de las dificultades de existencia, que en aquella situación involucraba relaciones violentas, muestra que la mirada de los/as profesionales de la medicina también incluye aspectos que no remiten sólo a las condiciones clínicas de las mujeres a la hora de contemplar la posibilidad de practicar la ligadura tubaria, al tiempo que los "criterios clínicos" están atravesados por apreciaciones morales.

Al referirse a las "*pacientes hospitalarias*" –entre quienes la alta paridad se da en un contexto social de precariedad– una profesional del servicio de ginecología caracterizó a estas mujeres por las condiciones de pobreza en que viven, su "falta de educación" y "promiscuidad" y halló razonable, incluso, realizar el procedimiento de manera inconsulta: "*Ahora, si viene una mujer, no sé, de 39 años, con 8 hijos, que tiene un montón (se interrumpe) y, creo que ahí hace falta ni preguntarle si está de ac-, hay que hacerlo*".

Así, sea que se recomiende, se niegue, o se llegue a justificar la práctica compulsiva de la ligadura, se evidencia el carácter moral inmerso en la calificación de las decisiones reproductivas (y de las prácticas sexuales implicadas). Se trata de una moral clasista que

²⁴¹ Se trata de la actuación 10.860/02.

ignora la diversidad de sentidos que la reproducción adquiere entre otros grupos sociales y las dificultades objetivas para satisfacer las decisiones reproductivas entre los conjuntos sociales más vulnerables, distinguiendo conductas moralmente aceptables (propias de "nosotros") de las inaceptables, las de "los otros". Así, se preservan las relaciones sociales vigentes y, en ellas, su lugar privilegiado. Es necesario, pues, extender la propuesta de Standing (1992) acerca del abordaje antropológico de las prácticas que de cuenta del significado cultural específico, del contexto socioeconómico y político más amplio y de las formas de expresión de la sexualidad, para incluir también en el análisis, los contextos cotidianos en que se insertan la maternidad y las decisiones (no) reproductivas.

Fue la jefa del servicio de obstetricia quien problematizó la modalidad de implementación de este dispositivo por parte de los/as profesionales. En varias reuniones del equipo manifestó que eran cada vez más frecuentes los *"arrepentimientos a último momento"*, esto es, que en momentos previos inmediatos a la intervención, mujeres internadas para ser operadas cambiaron de opinión y desistieron de ligarse las trompas. Interpretó estas situaciones como *"un semáforo, una advertencia, para nosotros"*, que debía obedecer a la *"relajación"* en el empleo del dispositivo, según dijo. Expresó que esto podría evitarse con *"un buen trabajo de comunicación y prevención"*, a la vez que destacó la necesidad de estudiar los factores asociados a este cambio de parecer a fin de orientar la *"consejería"*. El énfasis en estudiar estadísticamente a la población que asisten fue expresado en relación a otras cuestiones. Por un lado, el servicio acostumbra (como se vio en el capítulo IV) elaborar trabajos a partir de la clínica. Por otra parte, esta expectativa de generar información sobre cuestiones que resultan problemáticas, puede vincularse con la necesidad de generar rutinas que contribuyan a reducir la incertidumbre en la práctica asistencial cotidiana, en el sentido planteado por Berg (1992).

En este sentido, durante una conversación informal me transmitió su preocupación: *"es como que en seguida, bue, se acepta hacer la ligadura, y después salta que no estaba segura"*. Y manifestó la necesidad de reforzar el proceso de evaluación: *"Eso hay que verlo antes, no se puede dar salida tan a la ligera"*, y me relató una de esas situaciones. Cuando le pregunté

(asumiendo una respuesta afirmativa), si aquella mujer –protagonista de su relato– había tenido una evaluación favorable, me dijo “*Sí, pero por ella*”.²⁴² Pregunté si no habría sido conveniente que otro/a profesional charlara con ella sobre su motivación, tal vez alguien del campo psi. “*No hacemos así*”, me respondió sin más. No obstante, en situación de entrevista subrayó el malestar que generaba a los/as médicos un cambio de opinión a última hora, en virtud de la dedicación que, destacó, el equipo ponía a la “consejería”:²⁴³

Y, nos da mucha bronca (se ríe). Básicamente nos da bronca porque, justamente, por todo este proceso del *compromiso* que ponemos en la consejería, en que lean, en que compartan, en el famoso semáforo y en todo esto que ponemos y que, en un minuto... qué sé yo. Hubo dos casos que fueron de pánico antes de entrar a quirófano. Bueno, habrá que trabajar con alguien que haga stress prequirúrgico, qué sé yo... no, volvieron y se fueron con un DIU muy contentas. (Médica obstetra, jefa, 12)

A la luz de la opinión que expresó en otras oportunidades acerca de los diagnósticos de profesionales del área psi –“*se limitan a indicar ‘orientada en tiempo y espacio’, y de eso cualquiera puede darse cuenta, además de que eso no ayuda a decidir si está en condiciones de ligarse*”– y la respuesta taxativa a mi sugerencia, cabe relativizar la propuesta que se lee en este fragmento. Tanto de éste como del intercambio que cité arriba, surge que el “semáforo” constituye para los/as profesionales un instrumento idóneo a fin de evaluar la realización de la práctica de cara a una decisión firme y sostenible en el tiempo (con muy bajas chances de “arrepentimiento”). Situaciones como la relatada revelan justamente la eficacia normalizadora de este dispositivo, que resulta de la rutinización de las prácticas profesionales, al tiempo que reproduce y valida esos mismos cursos de acción (Berg, 1992): la “seguridad de la norma” que brinda el “semáforo” se expresa en la “crisis” que pueden implicar tales situaciones para los/as médicos, en las que el cuestionamiento se dirige, primero hacia la mujer, y luego hacia aquellos/as. En este sentido, contribuye al

²⁴² Vale resaltar que, aunque la decisión de la mujer puede reconfigurarse a la luz de diversos factores, un/a profesional debió habilitarla a realizar la práctica. Dada la dinámica asistencial corriente aquí analizada, es posible que habiendo sido considerada una “candidata”, la instancia de la “consejería” durante la consulta de esta mujer no haya merecido especial o suficiente atención. Abona esta posibilidad el argumento que desarrollo a continuación, acerca de la confianza en el “semáforo”.

²⁴³ Y seguramente los contratiempos y reajustes que implica en cuanto a la asignación de los recursos del servicio.

disciplinamiento profesional, al cuestionar sus modos de implementación en el marco de la "consejería en anticoncepción", como se manifiesta en el siguiente fragmento:

Esta sensación de que está automatizado viene a raíz de una mujer que era muy joven, 22 años, que tenía un solo hijo, que se quedó embarazada en la lactancia, que nunca había utilizado otro método, y que la mina exigía por su derecho, y [nombre de pila de una profesional] le había firmado el semáforo verde, lo cuál no estaba mal. Pero en realidad lo que estaba mal era que la mujer no había tenido oportunidad de conocer nada y que estaba evidentemente frente a una situación que la desbordaba, que era un hijo a continuación del otro, que no estaba previsto (...) el momento de la decisión no era adecuado ¿entendés?. A raíz de eso volvimos a reunirnos y a ver que bueno, que eso era una columna amarilla: nunca usó un método anticonceptivo, eh. Eso no era para decirle (con tono diligente, despreocupado) "ok, sí, chau, te ligo", sino para repensar la situación ¿entendés? [...] Repensar, volver a la consejería, esto significa. Que siempre decimos, no le negamos a la mujer, nunca le decimos "no te lo vamos a hacer". Le decimos "tenés que pensarlo mejor, ¿qué te parece si por un tiempo podés usar otra cosa...?", ¿entendés? Tomar en cuenta también esta nueva experiencia por ahí, que nos pasó con una mujer arrepentida que está feliz con el DIU: la siguen viendo en el centro de salud, y la mina está bárbara, y "¡ah que suerte que no me hice eso!" (Médica obstetra, jefa, 1) (el resaltado me pertenece)

Aquí, al tiempo que expresó su confianza en este dispositivo, la jefa del servicio cuestionó la forma en la que otra profesional había resuelto su implementación. De ahí que justificó su revisión, y luego la estrategia de "repensar (...) volver a la 'consejería'", al tiempo que – aclaró– no se trataba de negar el acceso a la práctica. Y es que el propio dispositivo genera una serie de tensiones e incluso contradicciones,²⁴⁴ tales como la limitación del acceso que se supone fruto de una decisión "autónoma" a la necesidad de antes haber adoptado algún otro método anticonceptivo (aunque no siempre), o bien, que la pareja esté de acuerdo. Estas tensiones se expresan particularmente en lo que los/as profesionales definieron como "grandes casos" o "casos difíciles". Así, ante situaciones en las que "proceder con la ligadura [implicaba] transgredir las recomendaciones del semáforo", según

²⁴⁴ En el mismo sentido, Alejandra Roca (2009) analiza el despliegue de dispositivos que permiten lidiar con el carácter "híbrido" del embrión en los centros especializados en su producción, al tiempo que encubren una serie de tensiones.

planteó la jefa del servicio, se pusieron en acción otros dispositivos: una mayor dedicación a la "consejería", en la que se reforzó el "interrogatorio" y la presentación de los métodos anticonceptivos reversibles; la revisión por parte de colegas (como en la situación recién analizada), y el recurso de la participación de profesionales de otras disciplinas. Estos dos últimos dispositivos sólo fueron desplegados muy excepcionalmente, en situaciones que aún resuenan, y que fueron objeto de los relatos construidos durante mi trabajo de campo.

Cabe suponer que estas modalidades de abordaje hayan sido movilizadas por la insistencia de las mujeres en su pedido. En cambio, de acuerdo con los datos elaborados a partir de mi observación, situaciones similares fueron tratadas a través del manejo de la información, la indagación sistemática de la opinión de la pareja, y la entrega (o no) del consentimiento impreso y las prescripciones de estudios prequirúrgicos, como se vio hasta aquí. A continuación me dedico al análisis de las principales tensiones identificadas en los modos de ofrecimiento y resolución de los pedidos de ligadura tubaria, y los sentidos que subyacen a las prácticas profesionales referidas y observadas.

Las tensiones

El "caso" de las jóvenes

La decisión expresa de las mujeres jóvenes se convierte en objeto de una atenta mirada. Especialmente, un tratamiento también especial, merecen los pedidos planteados por estas mujeres si tienen "pocos hijos": si bien generalmente se refieren a un hijo/a, en ocasiones se incluye en esta categoría a mujeres con dos hijos/as, aun cuando entienden que se trata de situaciones cualitativamente diferentes. Sólo a ellas, les fueron planteados los escenarios hipotéticos antes referidos y la posibilidad de implementar otros métodos, nunca experimentados, antes de llegar a uno definitivo como la ligadura.

En una consulta, frente a una mujer de veinte y pocos años, la profesional enfatizó la irreversibilidad de la práctica, pero no mencionó que constituyera una intervención

quirúrgica. Como la joven nunca se había cuidado, la profesional comenzó a explicar, pausada y cuidadosamente, que la ligadura es algo definitivo, y que si bien estaba en su derecho y si seguía queriendo se la irían a hacer, convenía que antes probara con alguno de los miles de métodos que le permitirían dejarlos si no se sintiera bien o no le gustaran.

También le dijo que teniendo en cuenta que tenía dos bebés chiquitos, y que ella misma era muy chiquita, podría cambiar de opinión y más adelante podría querer tener otro hijo –*“a todas las mamás nos pasa, que con el parto y mientras el bebé es chiquito decimos que este es el último, pero después los chicos crecen y a veces queremos tener otro”*– y para eso la ligadura no tenía retorno. *“Por eso quiero que lo pienses un poquito más, y mientras tanto buscamos otra forma de cuidarte, yo ahora te voy a contar qué métodos hay y elegimos uno para que pruebes mientras pensás lo otro un poco más. Después podés venir y decirme que el método no te gustó, que estás segura y querés hacerte la ligadura”*. Explicó, entonces, en términos llanos cuáles eran los otros métodos anticonceptivos, y luego le indicó uno de ellos.²⁴⁵ Al día siguiente la joven se presentó en el servicio acompañada por su marido y diciendo que lo había pensado más y que quería que le realizaran la ligadura, entendiendo que era una práctica de consultorio²⁴⁶ (notas de campo).

El cuestionamiento que recibió este pedido por parte de mujeres jóvenes y con pocos hijos implicó, según observé, la interpretación de sus vínculos personales (que remiten a otras mujeres) en términos de presiones, restándole convicción y autonomía a su decisión de practicar la ligadura. Así, cuando otra mujer joven con dos hijos explicó que no quería tener más, y que una de sus cuñadas le dijo que podría hacerse una ligadura, la profesional le dijo varias veces que la decisión la tenía que tomar ella, que su cuñada no podía decidirlo por ella, que la decisión debía *“salir de su corazón”*. Luego le preguntó si lo había hablado con su marido o si se había mandado sola, por su cuenta. *“¿Y él que piensa de esto? –Me dijo que tenía que hacer lo que a mí me pareciera. –Claro, es tu decisión, no la de tu cuñada”*. Luego le preguntó cuántos hijos era su sueño tener: *“uno apenas”* respondió la

²⁴⁵ En la historia clínica se lee la dificultad experimentada por la profesional a la hora de comunicar la naturaleza de esta intervención y la resolución temporal de la solicitud: *“Solicita ligadura tubaria. Se realiza consejería. La paciente nunca utilizó ningún método anticonceptivo en su vida sexual. Se trata de explicar que es un método definitivo. Se instruye sobre ACO de lactancia. La paciente acepta, se cita 1 mes”*.

²⁴⁶ Según me comentó, unos días más tarde, la profesional que la atendió en esta segunda instancia.

joven (notas de campo). Tiempo más tarde, al cabo de la devolución que realicé al equipo de profesionales de este servicio, y debido a que uno de los aspectos críticos allí señalados se refería a estas cuestiones, volvió sobre el caso de aquella joven: "*¿te acordás? Pobrecita, vino porque la mandaron las cuñadas...*" Cuñadas con las que aquella mujer vivía, todas ellas y sus parejas –habían migrado desde Bolivia– empleados en un taller textil y en el que se alojaban, muy probablemente en condiciones de hacinamiento, junto a sus hijos/as.

Resulta evidente que este modo de interpretación de las referencias con que las mujeres llegan a solicitar la ligadura, conlleva un ejercicio tutelar del saber-poder profesional que refuerza su subordinación, restándoles potestad para decidir. Esta posición fue fundamentada por una de las obstétricas entrevistadas, como se observa a continuación:

Bueno, nosotros trabajamos mucho con respecto a que es *su* derecho. Creemos que, estamos convencidos de que esto es así, por eso a lo mejor nos enojamos bastante cuando vemos que vienen a (imitando tono de reclamo) "(...) es un derecho!" Hay situaciones *muy* especiales, muy especial, en la cual *por detrás* del derecho de esta mujer pero tratás de trabajar otras cosas **para que bueno, este derecho esté bien adquirido, ¿sí? Que no tenga un efecto traumático a futuro.** Pero... son situaciones muy especiales, y no de todos los días. En general la mujer viene con un convencimiento claro, que se *trató* en el consultorio, que justamente el semáforo te abre o te cierra la puerta del acceso para la ligadura, ¿sí? Así que bueno, cuando la mujer llegó a la anticoncepción quirúrgica es porque está *bien claro* que es el *cierre* de su etapa reproductiva. Que **hay situaciones muy puntuales que a lo mejor uno (busca la palabra) pateo para adelante para ir trabajándolo, no por el hecho de no hacerse cargo, al contrario, es hacerse más cargo del tema.** Porque no hacerse cargo es "*¿vos lo querés? Listo*". Es una forma de hacerse *más* cargo de la situación de la paciente (se corrige) la mujer, no de la paciente. **Yo creo que para una mujer eh, no es fácil decidir realmente "no voy a tener más hijos", ¿sí? Eh...** es un deseo pero en este momento realmente ella tiene claro de no querer tener más por lo que significa tener un hijo, por su historia social. Pero esto es como si te sacaran el útero: sabés que nunca más (se interrumpe) a ver, qué dura que soy diciendo esto, ¿no?, pero eh... **la mujer es esencialmente, a lo mejor, maternal, ¿sí?** Esa cosa de decir, bueno, cuando surgen estos arrepentimientos, tal vez eh, una cosa es lo que uno puede decir y otra cosa es lo que realmente me pasa, y lo que quisiera a lo mejor es irme **castrada con esa posibilidad.** (Lic. Obstétrica, de guardia, 7) (el resaltado me pertenece)

Así, esta profesional destacó la función de velar por “una buena adquisición del derecho”. Para ella, la consideración de los criterios incorporados al “semáforo” y la dilación eran las estrategias que permitían dilucidar la conveniencia o no de realizar la práctica solicitada. Estas prácticas se justificaban en virtud del carácter “*esencialmente maternal*” de las mujeres que exige “minimizar” la chance de “arrepentimiento” ante una decisión radical. Es así que, a partir de la naturalización de la vocación maternal de las mujeres se construye el deber o compromiso profesional con la definición de la pertinencia o no de la anticoncepción quirúrgica frente a cada mujer que plantea la intención de irse “castrada”. Simultáneamente, se expresa el disgusto que provoca la situación en la cual es cuestionada la autoridad profesional desde la apelación al derecho de algunas mujeres que expresaron su deseo de ligarse las trompas.

Otra profesional justificó la resistencia a ligar las trompas a mujeres jóvenes en los siguientes términos:

No, no, él, por eso te digo, muy lógica la postura de él [el sacerdote católico que integra el Comité de Bioética del hospital]: en esos casos de *muchos* chicos, de una mujer en un *mal* medio social, etc., etc, él también estaba de acuerdo (hace una pausa) Y es lo que pensamos *todos*, creo que pensamos todos, (bajando la voz) no les voy a preguntar el pensamiento de ustedes, pero (alzando la voz) ante una mujer joven uno se lo plantea, realmente. Lo mismo que nosotros vemos que tiene un cáncer de ovario, fíjense la comparación que les voy a hacer: un cáncer de ovario en una mujer joven. La conducta en un cáncer de ovario es sacar todo lo que más se puede. Pero si es una mujer joven, y que puede llegar a tener hijos, uno, a pesar de que estamos hablando de un cáncer, trata de ser *conservador*. Entonces cuando uno toca este tema de la ligadura de trompas, *sabiendo* que *no va* a poder gestar más, tenemos, es una cosa como que uno está (busca la palabra) forzado a explicar y a que ella esté *bien* segura de lo que va a hacer. ¡Porque estamos a favor de la vida! (Ginecóloga, jefa, 9)

Al exponer la dificultad que experimentan los/as profesionales para acceder a la solicitud de una joven de practicar la ligadura tubaria, esta médica se refirió, por analogía, al criterio conservador que opera en la cirugía oncológica y se proclamó “pro vida”. Así, unificó los sentidos del mismo efecto bajo situaciones completamente distintas: en un caso, fruto de la decisión de practicar una intervención justamente con el fin de evitar la

concepción a futuro; en otro, un efecto colateral de un procedimiento quirúrgico frente al diagnóstico de cierta patología.

Así, los pedidos de las más jóvenes suelen ser seguidos de una prolongada indagación:

M: Porque a veces uno ve que hay mujeres con *pocos hijos, muy jóvenes*, y uno les plantea las posibilidades, les da los pro, los contras. También por el tema de que la maternidad a veces, el deseo de maternidad *aparece* en una mujer de 24, 25 años, ¿viste? Tiene una vida reproductiva *bastante* larga. Pero bueno, es un derecho y muchas lo plantean: "es mi derecho", y uno bueno, tiene que darle el abanico de posibilidades, hacer una *buena* consejería, pero si realmente ella lo decide, bueno [...] De pronto, 18 años, (con gesto de complicación) también hay que ver la edad, los factores, qué es lo que la motivó a eso. **Quizás habría que darle terapia, ver si tuvo alguna experiencia, o algo que la llevó a esto.** Es muy importante esto ¿viste? Cuando vienen **estas cosas como medio descolgadas**, fuera de, de lo que uno imaginaría, eh... y ahí uno se mete medio en el lugar, pero ¿viste?, tampoco es indiscriminadamente: (con tono desinteresado) "Ah, porque es ley, se lo hago total no me pueden... acusar". No, ahí uno tiene que pensar en la mujer *como mujer, más allá de que haya una ley*, y bueno, indagar un poquito más, *tomarse un tiempito, darle un método* mientras tanto como para que no se embarace, pero ver si hay un temor al embarazo por algo específico, algún trauma que vivió...

A: ¿Les tocó tratar alguna situación así?

M: De 18 no, había sí una de 22 años, este, con un solo, uno o dos hijitos. Y sí, se estuvo haciendo tratamiento psicológico y demás [...] hasta que finalmente bueno, se decidió, pero se le dio un tiempo, se le dio un método, se le habló mucho, **se hizo una consejería** (relata con ritmo lento) **muy lenta, indagando en muchas cosas, viendo cómo se manejaba ella, cómo iba tomando ella la decisión, cómo iba asumiendo las cosas.** (Médica obstetra, de planta, 4) (el resaltado me pertenece)

Los datos relevados muestran que las situaciones que involucran la demanda de esta práctica por parte de mujeres jóvenes resultan especialmente dilemáticas para los/as profesionales, y por ello ameritan más tiempo. Su juventud es definida en términos de la etapa reproductiva que les resta y deben transitar. Así se instala sobre ellas la sospecha de una profunda perturbación, y el deseo de no volver a atravesar la maternidad biológica es

patologizado, ya que contradice al que se supone natural y que se espera que "aparezca" más adelante: el deseo de ejercer la maternidad.

El cuerpo femenino *completo*, teóricamente dotado de capacidad reproductiva, aparece como el soporte de la construcción social que naturaliza la maternidad como destino de la mujer: de ahí que se considera que la clausura de la etapa reproductiva transforma radicalmente la experiencia personal de la mujer. En este sentido, como se vio, los/as profesionales justificaron la necesidad de velar por la conservación de su cuerpo *completo*, aun contra la intención manifiesta de la mujer, porque éste se asume como fundamento de relaciones constitutivas de la persona. Y no sólo de las relaciones de las que efectivamente participa (en tanto madre de sus hijos/as, pareja de su compañero, entre otras) sino también de las que *podría* participar. En este sentido, de cara al *potencial* ejercicio de la maternidad (y en relación con otras *posibles* parejas) se prioriza la conservación de las funciones reproductivas del cuerpo femenino. En esta perspectiva, que naturaliza la maternidad como destino femenino, parecen fundarse tanto la sorpresa y el detenido escrutinio que siguen a estos pedidos, como la mención de la situación más conflictiva que, imaginan, podrían llegar a enfrentar: el pedido planteado por mujeres que aún no han sido madres biológicas.²⁴⁷ En este sentido, las referencias a las mujeres que siendo jóvenes y aun sin haber experimentado la maternidad biológica requieren esta práctica aparecen, al igual que los juicios por mala praxis, como una posibilidad temida que la ley vigente habilita, aunque contraste con el "perfil" de las mujeres que efectivamente solicitan la ligadura en el hospital:

Y sí... hay mujeres que piden la ligadura y no han tenido hijos. No acá, en este hospital en especial, pero a veces hemos escuchado de afuera de mujeres que no quieren tener hijos y, o sea, no me ha pasado acá adentro en el hospital [...] las que vienen acá obviamente son las que tienen varios hijos o cesáreas o que no tienen ningún método o porque ningún momento le sirvió, pero no es el caso así, por lo menos a mí no me ha pasado, si lo he escuchado afuera y, y realmente (*sonriendo*) hace ruido. (Lic. Obstétrica, de planta, 6)

²⁴⁷ Cabe señalar que tanto en los expedientes de las Defensorías, como en las consultas, todas las mujeres que solicitaron la práctica ya tenían hijos/as.

Hasta aquí se vio en detalle cómo opera la consideración de la relación que hace de la mujer una madre, y colateralmente, cómo se contempla el vínculo de pareja. Éste constituye otro de los núcleos de tensión en la gestión del acceso a la ligadura tubaria, que trato a continuación.

El lugar de la pareja en el acceso a la práctica

Distintas profesionales se refirieron a la situación en la que una mujer expresó, justo antes de entrar al quirófano, que su marido no acordaba con la decisión que ella había tomado. Al tomar conocimiento de la disidencia, la situación se tornó particularmente problemática para los/as médicos, quienes solicitaron la intervención de una especialista de trabajo social. Su participación en esta ocasión, contrastó con la que, de rutina, había tenido lugar en un período anterior (a la que se refirió *“como un trámite en vano”*, en tanto su evaluación no difería de la que realizada por los/as médicos). Relató, como sigue, el tratamiento del “caso”:

L: [...] hubo un caso de un arrepentimiento en donde por ahí yo me quedé por ahí cuestionando mi intervención, porque [nombre de pila de la jefa de obstetricia] me manifiesta que ella [la paciente] quería ligarse y que el marido no la dejaba. “Entonces bueno –me dice– fijate, hacele la entrevista”. Y bueno, hablé con ella y me contó más o menos esto. Entonces yo (hace una breve pausa) le hablé por teléfono. Sí, y ahí es donde creo que está mi error ¿no? Porque, no para citarlo, sino [que] tuve la intención de convencerlo ¿si? Y ahí es donde yo critico mi intervención ¿si? No era ni la manera de abordaje ni la forma ¿si? Y obviamente el señor muy enojado me respondió que ella podía ligarse, pero que él la dejaba...

A: ¿Y entonces?

L: Bueno, yo le ofrecí obviamente que viniera, porque además (baja la voz) se había internado para ligarse, ya estaba acá. Y su argumento era, porque era una paciente, ponele, de 28 años, o 29, y él tenía 50 largos, entonces él decía que él se iba a morir, porque tenía problemas de salud y que ella tenía la posibilidad de tener este, de enamorarse de nuevo y tener hijos. Eso es lo que él decía. Obviamente que estaba, **había ahí una cuestión de poder**

digamos, porque por un lado "sí, vos hacé lo que quieras... pero yo me voy". Entonces viste, no era muy coherente su discurso con su actitud. Y no se ligó. [...]

A: Frente a una situación similar ¿qué te parece que podrías hacer ahora?

L: Me parece que, **primero seguir hablando con ella, por ahí hacerle una entrevista (...), en otro contexto**, que ella ya venía con esto. Como que ella nos tiró la pelota a nosotros, porque ella sabía de esta situación. [...] Igual vino a internarse ¿sí? Entonces me parece que **no era ese el momento para resolverlo, y nos tiró a nosotros la pelota**, estaba buscando que nosotros lo hiciéramos, (ríe) y yo la agarré, mal pero la agarré. Este, bueno, entonces me parece que, **quizás no estaba demasiado también trabajado con ella**, para que ella lo pudiera haber hablado con su pareja de mejor manera, digo, porque obviamente plantearlo así... Te digo más, me acuerdo patente que era así, como que estaba por entrar más o menos (ríe) una cosa así, "ay, pero mi esposo me dijo que si yo me lo hago él se va, me deja y entro en una crisis de angustia".

A: Y si ella no hubiera dicho nada, no hubiera hablado de la oposición de la pareja, ¿hasta dónde llega el servicio de salud indagando en la situación de la pareja?

L: (...) quizás hay otras mujeres que tampoco los maridos comparten, pero ellas tienen la decisión ¿sí? No necesariamente tienen que compartirla, pero si no lo dicen... Por lo general las doctoras creo que lo preguntan esto... si es una decisión conjunta, si él sabe, me parece ¿no? que forma parte (asiento) **pero si ella miente, porque puede mentir**, puede decir que sabe... el tema fue, porque me acuerdo, fue así, a segundos, y donde **ella antes había dicho otra cosa**, pero en ese momento, a punto de ser llevada, lo manifiesta. Porque sí, sí, me acuerdo que me llamaron así "tenemos esta dificultad" [...] ellos estaban ante esa emergencia, ¿sí? (Trabajadora social, de planta, 11) (el resaltado me pertenece)

La situación relatada se tornó una "emergencia", según esta entrevistada, experimentada por el equipo de salud en términos dilemáticos: admitir como una expresión de autonomía el consentimiento previamente brindado y el acto mismo de haberse internado para realizar la ligadura (y, en ese caso, operar), o bien, atendiendo a su angustia a raíz del desacuerdo y las amenazas de su pareja, suspender la cirugía. Al tiempo que responsabilizó a la mujer por el malestar generado en el equipo de salud, señaló la debilidad del proceso de tratamiento del pedido de esa mujer, en el que había resultado

avalada por el dispositivo empleado en el servicio.

En una situación similar,²⁴⁸ lo que aquí la trabajadora social interpreta como relaciones de poder en la pareja que implicaban la subordinación de la mujer, fueron entendidas como un gesto de cuidado, amoroso, por la jefa del servicio, quien expresó que:

No está bien eso de plantear esta posibilidad por el lado de la violencia. Como en el caso de una chica joven de 30, casada con un señor mayor, de 60, tenían hijos y ella se quería ligar aunque él no quería: él decía que ella era joven, que él podía morir pronto pero ella podría tener otra pareja y tener la posibilidad de tener más hijos con otro. ¡Ojalá a mi me violentaran de esa forma! Al final, esta mujer se fue con un DIU y está chocha. Cuando la vi me dijo, 'Pensar que me quería ligar, ¡si así estoy bárbara con el DIU!'. (notas de campo)

Así, durante una conversación informal, esta profesional, sin cuestionar la resolución que tuvo, minimizó el conflicto que el "caso" generó, y que había suscitado un diagnóstico de violencia. Lo que uno y otro relato muestran, es que en el dispositivo de evaluación de los pedidos persisten las tensiones que se expresan en la regulación del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina: en este caso, la que supone poner en relación la autonomía de la mujer a decidir sobre su cuerpo, y la opinión/decisión de su pareja al respecto. Esta tensión hace que sólo en ciertas circunstancias tome lugar una evaluación interdisciplinaria, desestimada como recurso a ser implementado de rutina (la cual, cuando lo fue, se vio supeditada a la hegemonía biomédica).

La ligadura tubaria como "indicación terapéutica": su tratamiento en situación de "urgencia médica"

El "descubrimiento" de cierto riesgo para la mujer ante un futuro embarazo, y la posibilidad de evitarlo a través de la práctica de la ligadura de trompas en ese mismo momento exige, de acuerdo con los/as profesionales, una rápida respuesta a fin de

²⁴⁸ No puedo afirmar que se trate del mismo "caso". A pesar de las diferencias, permite iluminar las diversas perspectivas con que pueden ser caracterizadas y abordadas situaciones similares.

aprovechar la instancia quirúrgica. En tales circunstancias no hay lugar al tiempo de meditación que se recomienda, por aplicación del “semáforo”, y a los fines de consentir la práctica previamente informada:

Y acá también existe la ligadura que no, digamos, que es indicación médica. Digamos, si vos entrás a una cesárea, más que tenés la ventaja que la paciente está despierta, ahí sí existe el consentimiento que se firma después a veces. Si hay una indicación médica, que vos, es no sé, su 4º o 3º cesárea, vos abrís la pared abdominal y encontrás un útero que está (...), que está abierto de lo adelgazado que está... ya que, otro embarazo más significaría que quizás tenga una ruptura uterina y tenga una urgencia que operar ahí mismo y termine en histerectomía, es decir, de sacarle el útero. Entonces sí hablás de la, con la paciente en el mismo acto quirúrgico y le decís “mirá, (con tono diligente) **por indicación médica te tendríamos que ligar las trompas porque no tenés más indicación de tener otro embarazo por el estado de tu útero** y bla, bla, bla”, y ella da el consentimiento en ese momento este, después bueno, se pide el consentimiento después por una cuestión de, de legalidad. (Médica residente, obstetricia, 6)

Como esta médica comienza por señalar, la ligadura “por indicación médica” constituye un tipo distinto de práctica. Frente a situaciones como la relatada, la posibilidad de arrepentimiento no es siquiera considerada, siendo el imperativo evitar el riesgo que implicaría un futuro embarazo. Así, cuando se plantea “no tenés indicación de tener otro embarazo”, impone condiciones de existencia que excluyen otras opciones por parte de las propias mujeres.

En una conversación informal con la jefa del servicio de obstetricia, cuando le pregunté a qué se refería la categoría “otras situaciones” en las que, según la estadística del servicio, una ligadura había sido realizada,²⁴⁹ expresó con cierta crítica que:

Se trató de un embarazo ectópico.²⁵⁰ Al momento de la operación se le ofreció a la mujer, grande, muchos hijos, digamos, paridad cumplida, si no quería que la liguemos. La

²⁴⁹ En relación al evento del embarazo. Las otras categorías eran las ya comentadas: “intra cesárea”, “posparto” e “intervalo”.

²⁵⁰ Embarazo inviable puesto que la anidación del óvulo fecundado tuvo lugar en las trompas de Falopio.

hicimos fuera de la norma [...] porque no le dimos tiempo para reflexionarlo, tenía todas las condiciones para una indicación médica, pero no era lo ideal, podría haberse arrepentido, pero no, la mujer está feliz..." (notas de campo).

~~En este caso, la intervención fue sugerida por los/as profesionales en virtud de la edad~~ avanzada de la mujer y la cantidad de hijos/as que ya tenía –“paridad cumplida”– lo que constituyó el fundamento de la “indicación médica”. La situación, como puede leerse, no resultó demasiado problemática, y de hecho se reforzó la adecuación de la recomendación y la realización de la ligadura con la evaluación posterior: *“la mujer está feliz”*. Sin embargo –como reconoció esta médica– supuso la violación de las normas de aplicación del consentimiento que implican la reflexión previa a la toma de decisión a fin de evitar el “arrepentimiento”, que en este caso fue despreciado en función de los criterios con los cuales los/as profesionales aconsejaron la práctica. No obstante, contrasta claramente con ciertas situaciones en que las mujeres solicitan la práctica recién en la instancia quirúrgica, aquellas que *“entran por la ventana”*, retomando su categorización. En estos casos, se planteó indispensable disponer de un tiempo previo a la toma de decisión. En situación de entrevista con esta profesional se pudo profundizar en los sentidos que organizan diferencialmente la resolución de uno y otro tipo de circunstancias:

M: [...] **uno también necesita estar razonablemente seguro y tranquilo con la decisión del otro.** Creo que nadie debería hacer nada *así*, ¿entendés? Ni una cirugía de nariz. Uno no va al cirujano “buenas, sacame la nariz”. Se dialoga, se habla, qué esperás, qué querés, qué problemas podrían ocurrir, ¿entendés? Ninguna cosa médica así, de cierto peso en el futuro, uno debería tomarla así. No es lo mismo, no es una apendicitis, que no importa, que no importa si te conozco o no, que cuando antes te opere mejor. O un antibiótico para una infección urinaria. Esto es una cosa que uno puede darse un plazo para pensarlo.

A: **Sí, sin embargo a veces los plazos no están cuando en el medio de una cesárea se encuentran con algo que indica que... ¿qué pasa ahí?**

M: Eso es como más sencillo de resolver. ¿Cómo te podría explicar? Si yo encuentro un útero roto, y yo sé que en un próximo embarazo va a estar o muerta o con un chico flotando en el abdomen, muerto el niño y muerta la madre, ahí como que no hay duda digamos de... a ver, si yo te tengo que amputar una pierna por diabetes, y te digo “te la

amputás...". Vos ahí podés elegir: "me la amputo, no me la amputo, me tomo medio día para pensarlo o no lo pienso". Deberías poder pensarlo. **Nosotros le avisamos a la mujer**, no es que de repente le ligamos y después cuando se despierta le decimos (con tono relajado) "buenas, te ligamos". En el mismo momento es (con serenidad y calidez) "mirá, encontramos esto... ¿te parece?". En general nos dicen que sí. Y después completamos la información. **Pero hay un riesgo cierto**, que podemos certificar. Si vos encontrás una rotura uterina, de múltiples cesáreas y todo eso, es como que mucha duda no te queda de qué es lo necesario...

A: No, no, es que estoy pensando que tal vez a la mujer sí le queden dudas por haber tenido que tomar una decisión que en el momento, frente a la propuesta médica, también le pareció razonable, por eso dijo que sí, pero que podría haber tenido...

M: Hay que ver... es que, ¿qué vamos a hacer? ¿La vamos a cerrar y la vamos a abrir más tarde? Es complicado. Esto es como una urgencia, o una emergencia, como quieras decirle: estás ahí, y en ese momento había que tomar decisiones que uno siempre las hace en su mejor buena fe, digamos, basado en sus conocimientos. Otra cosa es cuando es algo que uno puede elegir, y que es algo que vos definís. No. No hay. No debería haber mucho ruido con eso, ¿entendés? Tanto para la mujer como para nosotros. [...]

A: Y cuando durante la cesárea encuentran una situación que amerita una ligadura, ¿les pasó de proponerla y que las mujeres digan que no?

M: (asiente) No, no, te da mucha bronca. Porque decís (sonríe irónica) ¡pero cómo está arriesgando su vida!, pero no entiende, no lo entiende. Pero bueno, pasa, a mi me pasó. Mujeres con 11 chicos, con placenta previa, diabéticas, que vos decís ¡por Dios, señora, se lo pido por favor!, y no, no, no. Y hace poco hubo otra persona [...] que nos miraba, pero horrorizada ¡por qué nosotros le decíamos esto! (Médica obstetra, jefa, 12) (el resaltado me pertenece)

La decisión de realizar la ligadura en esa instancia, aun cuando –se reconoció– no eran condiciones que garantizaran su convicción para consentir esta intervención, obedeció a los dictados de criterios técnico morales. Así, desde una racionalidad técnica que define la

emergencia o la “urgencia médica”,²⁵¹ se justificó la decisión de practicar la ligadura surgida durante la instancia quirúrgica dejando de lado la decisión de la mujer. Tanto esa, como la rutina a seguir cuando la opinión médica no aconseja proceder y que implica la dilación de la práctica (puesto que, se argumenta, es indispensable un tiempo para meditar al respecto), encubren la subordinación social y técnica de las mujeres a la hegemonía del saber biomédico (Menéndez y Di Pardo, 1996). Esto se expresa, asimismo, cuando frente a mujeres que no son concebidas como “candidatas”, el curso de acción a seguir es “cerrar y volver a abrir”. Y lo mismo ocurre cuando –aun ya prescrita la práctica– el estado de salud de la criatura recién nacida es delicado: en tales circunstancias, como ya señalé, se posterga la realización de la ligadura hasta que el/la recién nacido esté fuera de peligro. Apelando a saberes de otras disciplinas: según advirtió la jefa del servicio, se tiene en cuenta *“eso que las psicólogas llaman ‘reposición de hijos’, que suena horrible pero parece que si el bebé se muere es probable que lo quieran reponer con otro”* (notas de campo).

Así, los pasos previstos para el acceso a esta práctica a través de la implementación del consentimiento informado, como para otras,²⁵² se revelan insertos en rutinas profesionales modeladas por representaciones, valores y prescripciones que se expresan –con las tensiones analizadas– en el despliegue del dispositivo del “semáforo”. Rutinas informadas por sentidos y valoraciones que construyen y reproducen modos legítimos de ser –generizados – y del ejercicio de la sexualidad.

La disposición de información acerca de esta técnica entre otras opciones en anticoncepción, sus contenidos y omisiones, y en sentido más amplio el proceso que conduce al consentimiento, puede ser entendido como un efecto del dispositivo de la “política de la superficie corporal” (Butler, 2003) que vela por la adecuación de los

²⁵¹ Sobre la operación de esta noción en cuanto a la intervención quirúrgica para “corregir” la ambigüedad genital, ver Lavigne (2009).

²⁵² Para un análisis de la implementación de la serología para VIH en la atención obstétrica ver García y Margulies, (2007).

cuerpos y la sexualidad femenina a la matriz heterosexual reproductora, esquema que torna inteligibles los cuerpos sexuados y las marcas de género. Esta matriz –que supone un campo cultural con jerarquías de género y heterosexualidad reproductora obligatoria– conlleva, como mostré, dificultades para que los distintos actores sociales perciban y accedan a esta técnica tal y como la legislación vigente propone,²⁵³ ya que ésta se inserta y está mediada por condiciones materiales, técnicas, simbólicas, morales.

En principio, la técnica o práctica de ligadura tubaria señala un límite, un punto de inflexión problematizado y siempre vinculado por parte de los/as profesionales a la pérdida de la capacidad reproductiva que contemplan a la mujer en el seno de relaciones sociales que se verían afectadas (de filiación, de pareja).

Otros efectos de la alteración somática en los comportamientos de las mujeres una vez suprimida la posibilidad de embarazo, fueron señalados por algunos/as profesionales. Por un lado, plantearon la “pérdida de pacientes”: con esto se refirieron al riesgo de que, después de la operación, las mujeres dejaran de realizar los controles más o menos periódicos de su salud, sobre todo en lo que hace a los chequeos de su salud ginecomamaria, muchas veces realizados exclusivamente a propósito de los embarazos (es decir, a partir del contacto de las mujeres con el servicio de salud con motivo de los controles prenatales). Por otra parte, sugirieron que aquellas dejarían de implementar medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual y VIH una vez que “desapareciera” para ellas la preocupación del embarazo. Sin embargo, paradójicamente los/as profesionales reconocieron que el control periódico no es una práctica extendida entre estas mujeres, ni el preservativo el método adoptado.

Se revela, así, una mirada y abordaje biomédico de los cuerpos, contruidos desde una óptica biologizante, ahistórica y asocial (Menéndez, 1990) que estima los riesgos para el organismo a partir de aquellos comportamientos. Desde esta perspectiva, el cuerpo es aislado, desvinculado, de las condiciones materiales y simbólicas de existencia. En otras

²⁵³ En términos de una técnica anticonceptiva –entre otras– pero de carácter definitivo, que no requiere de “indicación médica” ni debe supeditarse al ejercicio efectivo de la maternidad biológica o una edad mínima (más allá de la establecida para el alcance de derechos civiles plenos).

palabras, se ignora a quien "encarna" el proceso, al ser el propio cuerpo el agente activo de la experiencia y parte esencial del *self* (Good, 1994), que a su vez "corporiza" las relaciones sociales en las que se encuentra (Csordas, 1994).

Sin embargo, se realiza un doble movimiento: por un lado, el cuerpo es usurpado a quien lo experimenta, restándole potestad para decidir sobre él. Pero por otra parte, el cuerpo (teóricamente dotado de capacidad reproductiva) es reintroducido como parte esencial de la persona velando, aun contra la decisión manifiesta de la mujer, por su conservación: el cuerpo femenino *completo* aparece aquí como soporte de relaciones constitutivas de la persona, tanto efectivas como potenciales. No obstante, el compromiso subjetivo con la técnica, en tanto la modificación del cuerpo afectaría un aspecto central en la constitución de la persona generizada, sólo es contemplado cuando, a criterio del/a médico, no cabe practicar la operación. Caso contrario –sea que apelen al "riesgo clínico", "riesgo social" o "riesgo reproductivo", o "paridad cumplida"– se prioriza la supervivencia del cuerpo a ser intervenido, desconsiderando tanto los procesos subjetivos que pueden acompañar la práctica quirúrgica, como aquellos efectos considerados clínicamente adversos. Así, la vigencia de discursos que esencializan la identidad femenina en base a una inclinación maternal inmanente conlleva el control del género (Butler, 2003) que se manifiesta tanto en la dilación o la negación por parte de los/as profesionales de la realización de esta técnica como en el ofrecimiento o prescripción de esta práctica a fin de asegurar la supervivencia de una mujer que "cumplió" con la maternidad.

En el despliegue de la administración política del acceso a la ligadura tubaria, la representación de esta técnica y sus efectos (imaginados, supuestos, temidos, deseados) se imbrican, tal como sostiene Lemonnier (2002) en otras representaciones, que remiten a distintas dimensiones de la vida social: valorización de la maternidad y representación social de la mujer como ser instintivamente maternal; legitimidad y primacía del cuerpo como organismo, objeto de saber-poder de la biomedicina; cuestionamiento de la legalidad/ilegalidad de la intervención, y prejuicios y prerrogativas de clase, entre otras. Sin embargo, la disponibilidad y la elección de esta técnica no parecen radicar, como este autor plantea, en la compatibilidad o coherencia de ésta con la producción simbólica más amplia (aunque la coherencia de la elección técnica pueda ser establecida desde la óptica

particular de cada actor social). El escenario es tanto más complejo, y las tensiones asociadas a la administración del acceso a la anticoncepción quirúrgica se renuevan y manifiestan de manera paradigmática en un servicio reconocido como “referente” en cuanto a la provisión de esta práctica.

CONCLUSIONES

En esta tesis procuré mostrar los modos complejos en que se gestiona la sexualidad de las mujeres a través del caso de la ligadura tubaria. El análisis de esta gestión en el nivel en que se dirime concreta y cotidianamente el acceso a esta práctica se centró en las rutinas médico institucionales y las prácticas discursivas de los/as profesionales a partir del trabajo de campo intensivo en un servicio de salud constituido en proveedor referencial de esta intervención.

La construcción de esta práctica como un problema político y de política la revela como un dispositivo que, entre otros, participa de procesos de control y regulación de la población y la reproducción social. En su despliegue, el Estado opera de modos frecuentemente contradictorios, a través de sus distintos poderes, agencias y sujetos, en permanente interlocución con otros actores sociales.

Debido a la dificultad de tratar en profundidad las prácticas y perspectivas sobre la temática de todos los actores sociales involucrados, me centré especialmente en el equipo de profesionales de la salud que se desempeñan en el mencionado servicio; en la actuación de una agencia de control y defensa de derechos –la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires– por su persistente aunque variable intervención en torno a esta temática, y más colateralmente, en las mujeres que se atienden en el servicio, en el que varias de ellas realizaron, solicitaron o estaban tramitando la ligadura tubaria. Otras voces fueron recuperadas en cuanto el análisis de las diversas aristas del problema de investigación lo requería, entre ellas, las de profesionales de otros servicios y hospitales públicos de esta ciudad; funcionarios/as; legisladores/as; militantes de organizaciones de mujeres, y representantes de la curia católica.

El abordaje etnográfico, histórico y relacional resultó adecuado para el estudio de las articulaciones entre las prácticas y sentidos que distintos sujetos otorgan a la ligadura tubaria, y el contexto normativo-institucional en el que se desenvuelven. Éste permitió una comprensión más compleja de la interacción social que supone el despliegue de una

política pública que remite a la atención médica (indispensable para la intervención quirúrgica en cuestión), al tiempo que se revela como dispositivo de regulación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción de la población, así como a la regulación de género.

A partir de este abordaje se tornaron visibles otras modalidades de implementación de las políticas de sexualidad en el campo de la salud reproductiva. Como se vio, el posicionamiento de las autoridades de los servicios de salud “tiñe” el desempeño asistencial cotidiano de sus profesionales en función de la organización administrativa y jerárquica que caracteriza esas instituciones. A su vez, estos espacios se presentan como campos de disputa por capitales de distinto orden que, desde la perspectiva profesional, remiten a un conjunto heterogéneo de problemáticas, tales como la autoridad, el reconocimiento simbólico, las asignaciones presupuestarias y los recursos humanos y materiales (insumos, tecnología, espacios). El análisis también mostró intersticios de discrecionalidad que, de hecho, fueron iluminados como parte de la estrategia de presentación de un posicionamiento personal particular.

En este sentido, el servicio donde realicé el trabajo de campo, en base a su capacidad técnica y la disposición favorable de las autoridades más recientes y parte del equipo profesional –involucrado activamente en la disputa por modificar las condiciones jurídicas previamente vigentes– construyó cierta trayectoria como “amigable” o “referente” para esta práctica. Así, adquirió reconocimiento entre diversos actores sociales, aunque cargado de distintos y variables sentidos, ocupando un lugar particular en el escenario sanitario institucional de la ciudad.

El recorrido a través de los hitos jurídico normativos que regularon las prácticas asistenciales en materia de salud reproductiva, reveló las disputas, negociaciones, intereses, y apropiaciones inherentes a estos procesos políticos que refieren a la sexualidad y la reproducción y que devinieron “derechos” vinculados a la salud de la población. En ese recorrido, se evidencia el problema de la incidencia y las consecuencias epidemiológicas del aborto inseguro como condición habilitante, primero, de los métodos

anticonceptivos modernos –reversibles– aún en un contexto sociopolítico adverso al control de la natalidad.

Progresivamente, y a pesar de la resistencia persistente de la Iglesia católica, en la ciudad y en el país fueron consolidándose programas sanitarios tendientes a la adopción de medidas de regulación de la fecundidad, estrategia gubernamental privilegiada para reducir el impacto del aborto, hasta hace poco principal causa de muerte materna, cuya distribución expresa procesos de desigualdad social que afecta principalmente a las mujeres más pobres. Éstos fueron parte de las medidas que procuraban la satisfacción de los “derechos reproductivos” primero, y luego los “derechos sexuales” surgidos de las demandas del movimiento de mujeres/feminismos, reivindicación adoptada por éstos grupos a nivel local más visiblemente desde la recuperación de la democracia. A pesar de su reconocimiento explícito en las normas, desde la perspectiva de éstos grupos, la legalización/despenalización del aborto siguió –y continúa– constituyendo una demanda insatisfecha.

También la más reciente liberalización del acceso (formal) a la ligadura tubaria se fundó tanto en el derecho a la “autonomía” en materia de sexualidad y reproducción –en el marco del reconocimiento explícito de los “derechos reproductivos” y los “derechos sexuales”– como en la necesidad de evitar el impacto del aborto en la población, por sus consecuencias en la salud y la vida de las mujeres a la vez que para la salud familiar.

Pero las normas, como surge del análisis de las prácticas de los distintos actores sociales, conllevan permanentemente la posibilidad de interpretación, disputa, apropiación y resignificación. Por un lado, como se vio, es común la referencia a la modelación diferencial que el marco jurídico ejerce sobre las prácticas profesionales, según el ámbito de desempeño. De acuerdo con esta perspectiva, el ejercicio asistencial en el sector “público” de salud aparece como indefectiblemente expuesto a los mecanismos reguladores del Estado, mientras que las prácticas en el sector “privado” lo hacen dotadas de la capacidad de sustraerse a sus normas. Paralelamente, el análisis recupera sentidos subyacentes que vinculan las prácticas en uno y otro sector, de manera no mecánica, a las representaciones acerca del ser mujer y ser madre que rige (¿o debe regir?) en los distintos

sectores sociales. A partir de allí, los términos *público* y *privado* se revelan multívocos: retoman pero exceden las referencias a la organización del sistema sanitario en subsectores, para connotar los efectos diferenciales, aunque no sin similitudes, de clandestinidad, penalidad y caracterización de las mujeres que atienden en uno y otro. Al mismo tiempo, las modalidades particulares que adquiere el proceso de tramitación de la ligadura en la atención “pública” y “privada”, no sólo constituyen parte de los contextos vitales de las mujeres según su pertenencia de clase, sino que modelan sus recorridos y experiencias.

Por otra parte, ante la redefinición jurídica de las condiciones de acceso a la ligadura en una particular correlación de fuerzas –que estableció que la práctica de ligadura tubaria no está supeditada al criterio de los/as profesionales de la salud– asistimos a “desplazamientos” de argumentaciones que sugieren resistencias a las nuevas condiciones legales.

La presencia cotidiana de mujeres que procuraban la ligadura en este servicio, al tiempo que expresaba el posicionamiento de otros actores sociales, permitió reconocer las tensiones cotidianas que esta práctica genera en un servicio “referente” en cuanto a su provisión. El análisis de las rutinas profesionales en torno a esta práctica –el manejo de la información o la “consejería”; la implementación del consentimiento informado; la indagación de acuerdo al “semáforo”; la interconsulta profesional– revela las tensiones de estos dispositivos de disciplinamiento y normalización social. Si bien las nuevas condiciones legales suponen la elección de esta práctica por parte de la mujer, el despliegue de esos dispositivos por parte de los/as profesionales de la biomedicina es informado desde criterios técnico morales, que implican problematizar, redefinir y resignificar los cuerpos y la experiencia de la sexualidad reproductiva y no reproductiva de las mujeres de modos particulares.

Asistimos, en efecto, a un reposicionamiento del poder médico que obliga a relocalizar su *expertise*, a la que era imprescindible apelar cuando la condición legalmente definida para el acceso a esta práctica era la “indicación médica”. La autoridad médica, según surge del análisis, aparece ahora más abiertamente informada –porque siempre lo fue– desde

construcciones sociales, culturales y político-ideológicas, a partir de las cuales la biomedicina sigue regulando el orden moral de la población. Es desde este lugar que los/as profesionales reclaman ser quienes velen por tomar las medidas más “convenientes” para las mujeres, y esto tanto cuando aceptan o sugieren como cuando demoran o rechazan practicar la ligadura.

En este sentido, el análisis etnográfico revela la dificultad experimentada por los/as profesionales de la salud, particularmente interpelados por las nuevas reglas por el hecho de ser proveedores potenciales de la práctica en cuestión. Se vio que, no obstante un posicionamiento que expresa cierta internalización de las normas (a partir del reconocimiento explícito del derecho de las mujeres a decidir practicar esta intervención y su provisión efectiva en muchos casos), esto acontece en la interacción social, atravesada por construcciones sociales y relaciones de poder material y simbólico. Por ello deben considerarse la multiplicidad y complejidad de procesos que atraviesan y constituyen a los sujetos involucrados en el despliegue de las políticas, ya que éstas no se dan en el vacío, sino que se insertan en relaciones de desigualdad social, económica, política y técnica.

La dimensión moral, se evidencia como un aspecto presente en las prácticas sociales de los sujetos. Como revela el análisis, ésta se expresa incluso en los criterios que hacen al “riesgo clínico” o “riesgo reproductivo”, toda vez que el recurso a la ligadura se justifica, desde la perspectiva biomédica, a fin de garantizar la supervivencia de la mujer. Este énfasis en la conservación del organismo, es un rasgo característico del orden político contemporáneo, que el antropólogo Didier Fassin (2001) denomina *biolegitimidad*, en el que el plano de lo biológico –representado por el *cuerpo sufriente*– constituye la fuente última de legitimidad, es decir, por sobre el reconocimiento de las relaciones sociales, políticas, económicas del cual emergen las condiciones de desigualdad.

La apelación al “derecho a la salud” e incluso, como se vio, a la “salud familiar”, que se vería afectada por la muerte de la mujer, viene a justificar la necesidad de garantizar su supervivencia. Incluso, es el hecho de tener hijos/as –en todos los casos las mujeres que

solicitaron la ligadura de sus trompas eran madres– lo que, en buena medida, torna meritoria la protección de la salud y, sobre todo, de la vida de la mujer.

Este argumento se funda en la construcción social que naturaliza el mandato social a través de la apelación ideológica al “instinto maternal” (Badinter, 1981; Giberti, 1994). A él se asocian ciertas actividades sociales también naturalizadas: en principio y sin duda aquí, la capacidad y responsabilidad exclusiva por el cuidado de los hijos/as (y, en líneas más generales, por los cuidados que requieren algunos miembros del hogar o de la comunidad más próxima).

En este punto sigo el planteo de Reis Mota (2005), quien entiende que, en un marco de principios jerárquicos y desiguales que coexisten con principios igualitarios e individualistas (refiriéndose al sistema jurídico brasileño tal como lo plantea de Kant de Lima (1995, 2002), pero lo mismo puede decirse de la organización sociopolítica y el sistema de relaciones de género aquí vigentes), la ciudadanía es, más que un beneficio universal, una concesión del Estado y de sus agentes mediadores. Estos últimos se constituyen como los “legítimos detentadores de los mecanismos de administración de conflictos y producción de verdad, protegiendo los derechos de los ‘hiposuficientes’, de los no ciudadanos” (Reis Mota, 2005:187). Para ciertos grupos o individuos el reconocimiento de los derechos, entonces, “dependerá de la dimensión de la *consideración* que es atribuida a una persona o en relación a una identidad colectiva” (Reis Mota, 2005:187, el resaltado es del autor).

El acceso a la ligadura de trompas, en caso de juzgar la existencia de los mencionados riesgos, estaría dado a fin de viabilizar la continuidad de la mujer en el desempeño de actividades “maternales” sociales e ideológicamente naturalizadas. Desde ahí, es posible aceptar y conceder la realización de una práctica que, si no es revertida ni se recurre a técnicas de fertilización asistida, le imposibilitará tener más hijos.

Otras condiciones, como se vio, hacen de la ligadura una opción viable. La noción de “riesgo social”, no sólo asume la identificación de la mujer con la maternidad, sino que conlleva la valoración moral de los contextos y los modos de ejercicio de esa maternidad. Así, las condiciones de vulnerabilidad que atraviesan muchas mujeres y sus familias

constituyen el fundamento de la intervención que limitará su descendencia. Subyace aquí, la noción de "responsabilidad" que acompaña la definición de los "derechos" en materia de sexualidad y reproducción. Esta implica un juicio desde una ética centrada en el individuo, que ignora las condiciones objetivas de desigualdad, a la vez que aísla el ejercicio de la sexualidad y la reproducción del contexto tanto material como simbólico en el cual su experiencia tiene lugar.

Tratándose de una técnica anticonceptiva de efectos permanentes que instala la posibilidad de la experiencia de la sexualidad no reproductiva sin necesidad de compromiso con otras medidas (a estos efectos) en la vida cotidiana, la posibilidad de vivir "cómodamente" la sexualidad sin consecuencias reproductivas es problematizada. Ésta, y cada vez más y en más servicios, resulta habilitada en las circunstancias recién revisadas con la pretensión de evitar aquellos riesgos. Cuando no se puede apelar a ninguno de ellos, la noción del "arrepentimiento" –que asume la "naturaleza maternal femenina"– obtura esta alternativa en anticoncepción. Esta tensión se expresa de manera paradigmática en un servicio referencial, toda vez que el umbral para el acceso a la práctica, lo constituye la noción de "paridad cumplida", como condición indispensable para *"el cierre de la etapa reproductiva"*.

Así, en el despliegue de esta política de control que vela por los límites corporales legítimos –siempre porosos– en función de la matriz que los atraviesa y organiza, el gesto menos admitido, el más ilegítimo, consiste en la liberación de la sexualidad femenina. Tal vez sea allí donde la figura siempre hipotética, fantasmagórica, de la mujer que siendo muy joven se niega a la maternidad, cobra sentido, no sólo representando lo abyecto, sino proyectando su sombra sobre cada mujer que desea para sí esta intervención.

De los datos etnográficos construidos en esta investigación, cabe un análisis que debería enfocar la operación de procesos de sujeción-subjetivación en los que, como plantean Shore y Wright (1997), el despliegue de políticas implica la construcción de sujetos.

Como mostré, la exposición de sí por parte de las mujeres que acceden al consultorio de salud reproductiva –de sus motivos, sus malestares, sus expectativas, su biografía (en términos de antecedentes reproductivos), sus preferencias en cuanto a anticonceptivos–

tiene lugar en una secuencia de exhibiciones que, especialmente cuando se trata de mujeres interesadas en la ligadura tubaria, comienza en la interacción con personal administrativo.

Amerita pues, el abordaje de los procesos de internalización, reelaboración e impugnación de los criterios y las pautas médico institucionales en la interacción con los/as profesionales que, para el caso estudiado, se expresa en ciertos modos de exposición de la intención de ligarse las trompas: desde apelar al padecimiento de los últimos embarazos, las acuciantes limitaciones económicas, o la presencia de la pareja en la consulta.

Así, la realización de la ligadura a pedido de las propias mujeres implica la manifestación de gestos y deseos que tanto adoptan como impugnan la expresión de género coherente con los cuerpos femeninos, en una arena todavía dominada por la matriz heterosexual reproductora. De acuerdo con Butler (1993), la desnaturalización y movilización de los significados de género a través de las "parodias de género" –su caso emblemático, el travestismo– confronta contra la afirmación de identidades de género esencialistas que promueve la cultura hegemónica. Frente a ellas, por el contrario, cabe admitir la identidad de género como una formulación, una *puesta en acto*. Obviamente esto no se da en el vacío, sino que supone significados culturalmente aceptados, prácticas imitativas (de género), relaciones de desigualdad, es decir, coacciones estructuradas pero pasibles de ser subvertidas. La ligadura tubaria podría representar una alternativa en el repertorio de estas parodias. Para ello se impone un abordaje que conjugue técnicas y teorías que excedieron el alcance de esta tesis pero que bien vale llevar adelante.

De los hallazgos de esta investigación surgen nuevos interrogantes que plantean algunas líneas que merecen ser abordadas etnográficamente.

En tanto las políticas contribuyen –a través de las prácticas de distintos actores sociales involucrados en su despliegue– a definir los contextos en que se inscriben las biografías de los sujetos, puesto que suponen experiencias diversas y desiguales de disponer de su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, cabe indagar de qué modos se configuran en condiciones particulares de existencia para los sujetos y los conjuntos sociales, y cómo éstos las experimentan en su vida cotidiana.

Asimismo, cabe profundizar el análisis de las acciones de demanda colectiva y los sentidos que le asignan a esta práctica los grupos que disputaron políticamente su redefinición jurídica. Al mismo tiempo, la elaboración de trayectorias de militantes de estos movimientos podrá arrojar alguna luz sobre los vaivenes de la construcción de estas políticas.

Los recorridos de las mujeres aquí esbozados ponen de manifiesto las dificultades y obstáculos varios que éstas afrontaban –y aún hoy afrontan– al iniciar este camino. Camino que bien puede torcerse por estos u otros motivos, entre los que habrá que considerar, también, la operación de los deseos, las expectativas, los temores, etc. Así, la reconstrucción de las trayectorias individuales, las estrategias con que tramitaron la práctica y los sentidos que las mujeres asignan a sus cuerpos una vez que, en distintas circunstancias, perdieron su capacidad reproductiva, son problemáticas que merecen ser indagadas a la luz de procesos los procesos de normalización y construcción de sujetos que el despliegue de las políticas implica. Éstas son cuestiones que abordaré en la etapa de investigación posdoctoral que iniciaré en breve, para la que me propongo continuar el abordaje de algunos aspectos que excedieron el recorte de la problemática trabajada y de otros que no alcanzaron a ser profundizados aquí. Así, espero contribuir aportando al terreno de conocimiento dado por la articulación de las trayectorias de estudio ya clásicas del campo de la antropología médica, con la más reciente “antropología de las políticas”.

Por último, y simulando el cierre de una etapa que anhelo continuar, vale retomar la propuesta de Mariza Peirano (1992): confío en la temporalidad de las explicaciones que concilian rigor cinético-académico y “ruido” etnográfico, para volver sobre éstos y la cantidad de detalles y datos etnográficos que, en virtud de otra temporalidad –que hace a las condiciones en que se practica la antropología– no alcancé a revisar. Amerita volver sobre ellos, perennes, para llevar el análisis algo más lejos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHILLI, ELENA (2005) *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario, Labor de Editor.
- AGAMBEN, GIORGIO (2000) *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*. Valencia, Pre-Textos.
- ÁVILA, MARIA BETÂNIA (2003) "Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, supl. 2, 465-469.
- BADINTER, ELIZABETH (1981) *¿Existe el amor maternal?* Barcelona, Paidós.
- BALÁN, JORGE Y RAMOS, SILVINA (1990) *Las decisiones anticonceptivas en un contexto restrictivo: el caso de los sectores populares en Buenos Aires*. Buenos Aires, IUSSP-UIESP.
- _____ (1989) *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*. Documento CEDES nº 29, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- BÁRBER, NÉLIDA (2007) Sobre la práctica de investigación antropológica en instituciones hospitalarias". En: VII Reunión de Antropología del Mercosur, Porto Alegre, Brasil.
- BARBOSA, REGINA MARIA Y KNAUTH, DANIELA RIVA (2003) "Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, supl. 2, 365-376.
- BARCIA, CLAUDIA (2000) "La ligadura de trompas de Falopio: ¿un derecho o un permiso? En: *I Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho*. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 22 y 23 de agosto de 2000. Disponible en: <http://www.aaba.org.ar/bi170p28.html>
- BARNES, VIVIENNE; CLOUDER, DEANNE LYNN; PRITCHARD, JACKIE; HUGHES, CHRISTINA Y PURKIS, JUDY (2003) "Deconstructing Dissemination: Dissemination as

Qualitative Research". En: *Qualitative Research*, Vol. 3, nº 2, 147-164.

BARROSO, CARMEN (1984) "Esterlização feminina: liberdade e opressão". En: *Revista de Saúde Pública*, vol. 18, 170-180.

BEMFAM (1997) *Pesquisa Nacional de demografia e Saúde, Brasil, 1996*. Río de Janeiro, BEMFAM.

BERG, MARC (1992) "The Construction of Medical Disposals, Medical Sociology and Medical Problem Solving in Clinical Practice". En: *Sociology of Health & Illness*, vol. 14, nº 2, 151-180.

BERQUÓ, ELZA (1993) "Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar". En: *Estudos Feministas*, vol. 1, nº 2, 366-381.

BERQUÓ, ELZA Y CAVENAGHI, SUZANA (2003) "Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntaria". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, supl. 2, 441-453.

BOCCARA, GUILLAUME (2007) "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile". En: *Revista Chungara*, Chile, Universidad de Tarapacá, vol. 39, nº 2, 185-207.

BOURDIEU, PIERRE (2000) *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.

_____ (1991) *El sentido práctico*. Madrid, Ediciones Taurus.

_____ (1988) *Cosas Dichas*. Buenos Aires, Gedisa.

BOURDIEU, PIERRE Y WACQUANT, LOÏC (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México D.F., Grijalbo.

BOURGOIS, PHILIPPE (2006) "Pensando la pobreza en el gueto: resistencia y autodeterminación en el apartheid norteamericano". En: *Etnografías contemporáneas*, Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín, nº 2, Año 2.

BROWN, JOSEFINA (2006) "De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza". En: M. Petracci y S. Ramos (comps.) *La política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires, UNFPA/CEDES, 131-156.

_____ (2004a) "Ligadura tubaria y después...". En: *Actas del II Congreso Nacional de Sociología*, Pre ALAS 2005. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. En CD-ROM.

_____ (2004b) "Ligadura tubaria. La visión de los profesionales. El caso de Mendoza". En: *Actas de las IV Jornadas de Discurso Social y Construcción de Identidades -Mujer y Género*. Córdoba, CEA, Universidad Nacional de Córdoba. En CD-ROM.

BUTLER, JUDITH (2003) *Problemas de gênero. Feminismo e Subversão da Identidade*. Río de Janeiro, Civilização Brasileira.

CAMPAGNOLI, MABEL (2008) "La hegemonía reproductiva". En: A. C. Camarotti; G. Wald y M. Pecheny (eds.) *Eventos Académicos nº 4. Actas de las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Agosto de 2008. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. En CD-ROM.

CARVALHO, LUIZ EDUARDO CAMPOS DE; OSIS, MARIA JOSÉ DUARTE; CECATTI, JOSÉ GUILHERME; BENTO, SILVANA FERREIRA Y MANFRINATI, MÁRCIA (2007) "Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, nº 12, 2906-2916.

CARVALHO, Marta Lucia de Oliveira Y SCHOR, Néia (2005) "Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas". En: *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, nº 5, 788-794.

CASTRO, ROBERTO (1996) "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En: I. Szasz y S. Lerner (comps.) *Para comprender la subjetividad*.

Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 57-85.

CEDES (2003) *Salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: salud pública y derechos humanos*. Notas Informativas CEDES n° 1, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Mimeo.

CERVANTES-CARSON, ALEJANDRO (2004) "Reproductive Rights: An Analytical Proposal". En: *Gender Perspectives on Reproduction and Sexuality. Advances in Gender Research*, vol. 8, 11-49.

CIRIZA, ALEJANDRA (2002) "Consenso y desacuerdo. Los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos de las mujeres en la Argentina". En: *El Catoblepas*, n° 9.

CITELI, TERESA; MELLO E SOUZA, CECILIA DE Y PORTELLA, ANA PAULA (1995) "Revezes da anticoncepção entre mulheres pobres". En: *19° Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais*. Caxambu. Mimeo.

CONRAD, PETER (1982) "Sobre la medicalización de la normalidad y el control social". En: D. Ingleby (comp.) *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona, Crítica, 129-154.

CONRAD, PETER Y SCHNEIDER, JOSEPH (1985) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Ohio, Merrill Publishing Company.

COOK, REBECCA (1994) *Women's Health and Human Rights*. Ginebra, World Health Organization.

CORRÊA, SONIA (1997) "From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Future Challenges". En: *Reproductive Health Matters*, n° 10, 107-116.

CORRÊA, SONIA Y PETCHESKY, ROSALIND (2001) "Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista". En: J. G. Figueroa (coord.) *Elementos para un análisis crítico de la reproducción*. México D.F., Editorial Porrúa, PUEG/UNAM, 41-74.

CRAWFORD, ROBERT (1994) "The Boundaries of The Self and The Unhealthy Other: Reflections on Health, Culture and AIDS". En: *Social Science & Medicine*, vol. 38, nº 10, 1347-1365.

CSORDAS, THOMAS (1994) *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge, Cambridge Studies in Medical Anthropology.

CHECA, SUSANA Y ROSEMBERG, MARTHA (1996) *Aborto Hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*. Buenos Aires, Ediciones El Cielo por Asalto, Foro por los Derechos Reproductivos y ADEUEM.

DA SILVA, KELLY CRISTIANE (2005) "O poder do campo e o seu campo do poder", *Série Antropologia*, N° 385, Universidade de Brasília, Brasília.

DAICH, DÉBORAH (2008) "Buena madre. El imaginario maternal en la tramitación judicial del infanticidio". En: M. Tarducci (org.) *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires, Espacio Editorial, 61-86.

DANANI, CLAUDIA (2000) "De la heterogeneidad de la pobreza a la heterogeneidad de los pobres. Comentarios sobre la investigación social y las políticas sociales". En: O. Oszlak (comp.) *Estado y sociedad. Las nuevas reglas del juego*. Buenos Aires, EUDEBA/CEA.

_____ (1996) "La política social como campo de estudio y la noción de población objeto". En: S. Hintze (org.) *Políticas sociales. Contribuciones al debate teórico-metodológico*. Buenos Aires, EUDEBA/CEA.

DAS, VEENA Y POOLE, DEBORAH (2004) *Anthropology in the margins of the estate*. New Delhi. Oxford University Press.

DAVERIO, ANDREA (2006) "El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales. El caso del hospital general de agudos 'Dr. Cosme Argerich' y su área programática". En: M. Petracci y S. Ramos (comps.) *La política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires, UNFPA/CEDES.

DEL RÍO FORTUNA, CYNTHIA (en prensa) "Sexualidad y reproducción (legítimas) en la legislación de la Ciudad de Buenos Aires". En: *Revista ETNIA*, Olavarría, Instituto de Investigaciones Antropológicas de Olavarría, n° 49.

_____ (2009) "Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona". En: *Revista Runa. Archivo para las ciencias del Hombre*, Buenos Aires, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, vol. 30, n° 1, 79-95.

_____ (2007a) "El acceso a la ligadura tubaria: un estudio antropológico de la política pública de la Ciudad de Buenos Aires en 'derechos sexuales y reproductivos' a partir del caso". Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud, Buenos Aires, FLACSO/CEDES. Mimeo.

_____ (2007b) "El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo". En: *Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires, n° 25, 69-188.

_____ (2005) "Reflexiones sobre el sentido de los derechos sexuales y reproductivos en la legislación de la Ciudad de Buenos Aires". En: *Actas de las I Jornadas de Antropología Social del Centro Bonaerense*. Olavarría, Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 7 al 9 de diciembre de 2005. En CD-ROM.

_____ (2003) *La reproducción biológica de las mujeres de sectores populares: representaciones y prácticas sociales*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

DEL RÍO FORTUNA, CYNTHIA Y LAVIGNE, LUCIANA (2009) "Las sexualidades en el campo del derecho: un análisis antropológico de las políticas públicas en la ciudad de Buenos Aires, Argentina". En: *Actas de la VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín/Instituto de Altos Estudios Sociales, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2009. En CD-ROM.

DICKSON-SWIFT, VIRGINIA; JAMES, E.; KIPPEN, SANDRA AND LIAMPUTTONG, PRANEE (2007) "Doing Sensitive Research: What Challenges do Qualitative Researchers Face?". *Qualitative Research*, Vol. 7 (3), 327-353.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (2009) *Estadísticas Vitales 2008*. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, Serie 5, n° 52.

FASSIN, DIDIER (2003) "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia". En: *Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, n° 17, 49-78.

_____ (2002) "La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compasión". En: *Évol Psychiatr*, vol. 67, 676-689.

_____ (2001) "The Biopolitics of Otherness". En: *Anthropology Today*, vol. 17, n° 1, 3-7.

_____ (2000) "Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé". En: *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, n° 1, 95-116.

FASSIN, DIDIER Y MEMMI, DOMINIQUE (2004) "Le gouvernement de la vie, mode d'emploi". En: D. Fassin y D. Memmi (comps.) *Le gouvernement des corps*. Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, 9-33.

FAUR, ELEONOR Y LAMAS, ALICIA (2003) "Introducción: los derechos de mujeres, niños y niñas. Entre la sanción y su ejercicio". En: E. Faur y A. Lamas (comps.) *Derechos Universales, realidades particulares*. Buenos Aires, UNICEF, 11-25.

FELITTI, KARINA (2009) *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias*. Tesis de doctorado, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

FLEURY, SONIA (1998) "Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90". En: *Nueva Sociedad*, Caracas, n° 156, 72-94.

FOUCAULT, MICHEL (2002) *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

_____ (1990) *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid, La Piqueta.

_____ (1978) "La «gouvemementalité»"; curso del *College de France*, año 1977-1978 (4º lección, 1 de febrero de 1978). En: *Seguridad, territorio y población, Aut-Aut*, n° 167-168, septiembre-diciembre de 1978, pp. 12-29.

FRANKENBERG, RONALD (1994) "The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: candidates or targets for prevention". En: *Social Science & Medicine*, vol. 38, n° 10, 1325-1335.

FULLER, NORMA (1995) "En torno a la polaridad marianismo – machismo". En: L. Arango, M. León y M. Viveros (comps.) *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá, Tercer Mundo Editores.

GARCÍA, MARÍA GUADALUPE (2007) *La prevención de la trasmisión vertical del VIH/SIDA. Etnografía de un centro obstétrico de un hospital de agudos del sur de la ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

GARCÍA, MARÍA GUADALUPE Y MARGULIES, SUSANA (2007) "¿Qué derecho tiene ella para infectar a su hijo? La prevención de la transmisión vertical y la implementación del consentimiento informado para el test de VIH en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires". En: *Revista ETNIA*, Olavarría, Instituto de Investigaciones Antropológicas de Olavarría, n° 48, 25-38.

GIANNI, MARÍA CECILIA Y ZAMBERLIN, NINA (2008) "Experiencias, opiniones y prácticas acerca de la ligadura de trompas. Un estudio exploratorio en el servicio de obstetricia de un hospital general de agudos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires". En: *Actas del IX Congreso de Antropología Social. "Fronteras de la Antropología"*. Posadas, Departamento de Antropología Social, Programa de Postgrado en Antropología Social,

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones.

GIBERTI, EVA (1994) "'Lo familia' y los modelos empíricos". En: C. Wainermann (comp.) *Vivir en familia*. Buenos Aires, UNICEF/Losada, 115-141.

GOOD, BYRON (1994) *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.

GRIMBERG, MABEL (2009) "Sexualidad, experiencias corporales y género. Un estudio etnográfico entre personas viviendo con Vih en el Area Metropolitana de Buenos Aires". En: *Cadernos de Saude Publica*, vol 5, n° 1, 133-141.

_____ (2008) "Contextos de vulnerabilidad social al Vih-Sida en América Latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores subalternos". En: *Thule. Rivista italiana di studi americanistici*, n° 20/21, 31-54.

_____ (2002) "Prácticas sexuales y prevención al VIH-SIDA en jóvenes de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. Un análisis antropológico de género". En: *Horizontes Antropológicos*, vol. 8, n° 17, 47-75.

_____ (1998) "VIH/SIDA y Proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía". En: *Seminario Taller de Capacitación de Formadores*. Buenos Aires, LUSIDA, 24-31.

_____ (1997) *Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990*. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras-CBC/UBA, Ed. Buenos Aires.

_____ (1995) "Sexualidad y Construcción Social del VIH-SIDA: Las representaciones médicas". En: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, n° 70, 37-51.

GRIMBERG, MABEL; MARGULIES, SUSANA Y WALLACE, SANTIAGO (1997) "Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre Sida. Un abordaje antropológico". En: A. Kornblit (comp.) *Sida y sociedad*. Buenos Aires, Espacio Editorial,

107-123.

GUTIÉRREZ, MARÍA ALICIA (2004) "Iglesia Católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad". En: C. Dides (comp.)

Diálogos Sur-Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú. Santiago de Chile, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Programa de Estudios de Género y Sociedad PROGÉNERO, 15-46.

GUY, DONNA (1998) "Madres vivas y muertas. Los múltiples conceptos de la maternidad en Buenos Aires". En: D. Balderston y D. Guy (comps.) *Sexo y sexualidades en América Latina*. Buenos Aires, Paidós, 231-256.

HEGGENHOUGEN, KRIS (1995) "Antropología y salud pública: más allá de las medidas cuantitativas". En: *Curso electrónico de cultura, salud y reproducción en América Latina. Foro Mundial de Salud Reproductiva*. Disponible en: <http://www.grhf.harvard.edu/Spanish/course/>

HEILBORN, MARIA LUIZA (1994) "De que gênero estamos falando?". En: *Sexualidade, gênero e sociedade*, Río de Janeiro, Año 1, nº 1, 1-8.

HEILBORN, MARIA LUIZA; FACCHINI, REGINA Y BARBOSA, REGINA MARIA (2003) "Public Health and Human Rights: Policies on Sexual Diversity". En: *New Approaches to Human Rights and Sexuality*. New York, New York Basic Books.

HOPKINS, KRISTINE; BARBOSA, MARIA REGINA; RIVA KNAUTH, DANIELA Y POTTER, JOSEPH (2005) "The Impact of Health Care Providers on Female Sterilization Among HIV-Positive Women in Brazil". En: *Social Science and Medicine*, vol. 61, nº 3, 541-554.

INDEC (2001) *Anuario Estadístico de la República Argentina*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina.

JELIN, ELIZABETH (2000) *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

KANT DE LIMA, ROBERTO (1983) "Por uma antropologia do direito no Brasil". En: J. de Arruda Falcão (org.) *Pesquisa científica e direito*. Recife, Massangana, 89-116.

KNAUTH, DANIELA RIVA; BARBOSA, REGINA MARIA Y HOPKINS, KRISTINE (2003)

"Between Personal Wishes and Medical "Prescription": Mode of Delivery and Post-Partum Sterilisation Among Women With HIV in Brazil". En: *Reproductive Health Matters*, vol. 11, nº 22, 113-121.

KRAKOWSKI CHAZAN, LILIAN Y CITELI, MARIA TERESA (2009) "'Muito cuidado com essa sonda, ela é a parte mais sensível desse aparelho!': a tecnologia como ator social na construção de corpos fetais e grávidos". En: *Actas de la VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR: "Diversidad y Poder en América Latina"*. Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín/Instituto de Altos Estudios Sociales, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2009. En CD-ROM.

LAMAS, MARTA (1986) "La antropología feminista y la categoría 'género'". En: *Nueva Antropología*, México D.F., vol. 8, nº 30, 173-198.

LAVIGNE, LUCIANA (2009) "La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes". En: Mauro Carbal (comp.) *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba, Anarrés, 51-70.

LE BRETON, DAVID (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.

LEMONNIER, PIERRE (2002) "Introduction". En: P. Lemonnier (ed.) *Technological Choices. Transformation in Material Cultures Since the Neolithic*. London, Routledge, 1-35.

LEÓN, MAGDALENA (1995) "La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina". En: L. Arango, M. León y M. Viveros (comps.) *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá, Tercer Mundo Editores, 169-191.

LLOVET, JUAN JOSÉ Y RAMOS, SILVINA (1986) "La planificación familiar en Argentina: salud pública y derechos humanos". En: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, nº 38, 25-40.

LOZANO, CLAUDIO (2001) "Contexto económico y político en la protesta social de la Argentina contemporánea". En: *Revista del Observatorio Social de América Latina*, CLACSO, septiembre, 17-22.

LUDEMIR, ANA BERNARDA; MACHADO, KÁTIA MARIA DE MELO; DA COSTA, AURÉLIO MOLINA; ALVES, SANDRA VALONGUEIRO Y DE ARÁUJO, THÁLIA VELHO BARRETO (2009) "Tubal ligation regret and related risk factors: findings from a case-control study in Pernambuco State, Brazil". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, nº 6, 1361-1368.

LUPTON, DEBORAH (1997) "Consumerism, Reflexivity and The Medical Encounter". En: *Social Science & Medicine*, Vol. 45, Nº 3, 373-281.

_____ (1997) "Doctors on The Medical Profession". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 19, Nº 4, 480-497.

MAFFÍA, DIANA (2001) "Ciudadanía Sexual. Aspectos personales, legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos". En: *Feminaria*, Buenos Aires, año XIV, nº 26/27, 28-30.

MARCOLINO, CLARICE (2004) "Planejamento familiar e laqueadura tubaria: análise do trábalo de uma equipe de saúde". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, nº 3, 771-779.

MARGULIES, SUSANA (2008). *Construcción social y VIH-SIDA. Los procesos de atención médica*. Tesis de Doctorado, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

_____ (1998) "'Candidaturas' y VIH-SIDA: tensiones en los procesos de atención". En: *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, nº 74, 53-59.

_____ (2006) "Problemas de la investigación antropológico-social en servicios de salud. Sobre la autorización institucional y la definición e implementación de protocolos de consentimiento informado en el curso del trabajo etnográfico en hospitales". Ponencia presentada a las IV Jornadas de Investigación en Antropología Social, facultad

de Filosofía y Letras, UBA.

MARGULIES, SUSANA Y GARCÍA, MARÍA GUADALUPE (2009) "Sobre la institucionalización médica de tratamientos antirretrovirales en la atención del VIH-Sida.

Una mirada antropológica sobre las nuevas tecnologías médicas y sus efectos en los procesos de atención". En: *Actas de la VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR: "Diversidad y Poder en América Latina"*. Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín/Instituto de Altos Estudios Sociales, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2009. En CD-ROM.

MARTIN, EMILY (1987) *The Woman in The Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, Beacon Press.

MAUSS, MARCEL (1979) *Sociología y antropología*. Madrid, Tecnos, 337-343.

MEDINA, GRACIELA (2002) "Bioética, libertad sexual y derecho. Libertad de elección sexual, libertad de contracepción, libertad de cambio de sexo. Límites y responsabilidades". En: *Derecho de familia. Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia*, Buenos Aires, Lexis Nexis.

MENÉNDEZ, EDUARDO (1990) *Morir de alcohol*. México D.F., Ediciones de la Casa Chata.

MENÉNDEZ, EDUARDO Y DI PARDO, RENÉE (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México D.F., Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.

MINELLA, Luzinete Simões (1998) "Aspectos positivos e negativos da esterilização tubaria do ponto de vista de mulheres esterilizadas". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, supl. 1, 69-79.

_____ (1996a) "Os impasses da contraceção: um estudo sobre as representações acerca do período pós-esterilização em Florianópolis". En: *10º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu, Associação Brasileira de Estudos Populacionais, vol. 4, 2487-2522.

_____ (1996b) "Reprodução humana: uma análise sociológica

das abordagens clínicas sobre esterilização feminina". En: *Revista Saúde*, Porto Alegre, vol. 1, 71-85.

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006) *Indicadores básicos 2005*. Buenos Aires, MINSAL/OPS.

MOORE, HENRIETTA (1992) "Antropología feminista. Nuevas aportaciones". En: *Espejos y travesías*. Santiago de Chile, Ediciones de la Mujer, nº 16, 11-23.

NARI, MARCELA (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940*. Buenos Aires, Biblos.

NAROTZKY, SUSANA (1995) *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

NAVARRO FLORIA, JUAN GREGORIO (2006) "Objeción de conciencia en la Argentina". En: I. Martín Sánchez y J. Navarro Floria (coords.) *La libertad religiosa en España y Argentina*. Madrid, Fundación Universitaria Española, 314-326.

NERVO, P.; BAWIN, L.; FOIDART, J. M. Y DUBOIS, M. (2000) "Regret after tubal sterilization". En: *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, nº 29, 485-491.

NIETO PIÑEROBÁ, JOSÉ ANTONIO (2003) "Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad". En: J. A. Nieto Piñeroba (ed.) *Antropología de la sexualidad y la diversidad cultural*. Madrid, Ágora, 15-51.

OSIS, MARIA JOSÉ DUARTE; CARVALHO, LUIZ EDUARDO CAMPOS DE; CECATTI, JOSÉ GUILHERME; BENTO, SILVANA FERREIRA Y PÁDUA, KARLA SIMÔNIA DE (2009) "Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, nº 3, 625-634.

PARSONS, TALCOTT (1984) *El sistema social*. Madrid, Alianza.

PEIRANO, MARIZA (1992) "A favor da etnografia". En: *Série Antropologia*, N° 130, Universidade de Brasília, Brasília.

PETCHESKY, ROSALIND (1999) "Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional". En: R. Barbosa y R. Parker (orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. San Pablo, Editora 34, 15-38.

_____ (1996) "Sexual Rights: inventing a concept, mapping and international practice". En: *Re-Conceiving Sexualities: International Seminar on Gender, Sexuality and Sexual Health*. Río de Janeiro, 13 al 18 de abril de 1996.

PIROTTA, KATIA Y SCHOR, NÉIA (1999) "Carências e desejos: estudo sobre a opção pela esterilização entre mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo, em 1992". En: *Saúde e Sociedade*, vol. 8, nº 2, 33-57.

RAMOS, SILVINA; PETRACCI, MÓNICA; SZULIK, DALIA Y DEL RÍO FORTUNA, CYNTHIA (2004) "Monitoreo del programa de salud reproductiva y procreación responsable de la ciudad de Buenos Aires: la perspectiva de las usuarias y los profesionales". En: *Actas de II Congreso Nacional de Políticas Sociales*. Mendoza, Asociación Argentina de Políticas Sociales/Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, 15 al 17 de septiembre de 2004. En CD-ROM.

RAMOS, SILVINA; GOGNA, MÓNICA; PETRACCI, MÓNICA; ROMERO, MARIANA Y SZULIK, DALIA (2001) *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

RAMOS, SILVINA; ROMERO, MARIANA; KAROLINSKI, ARIEL; MERCER, RAÚL; INSUA, IVÁN Y DEL RÍO FORTUNA, CYNTHIA (2004) *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

RAMOS, SILVINA Y VILADRICH, ANAHÍ (1993) *Abortos hospitalizados. Entradas y salidas de emergencia*. Buenos Aires, CEDES.

RAPP, RAYNA (2001) "Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns

Dragged Reproduction to The Center of Social Theory". En: *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 15, n° 4, 466-477.

REIS MOTA, FABIO (2005) "Conflictos, multiculturalismo y los dilemas de la democracia a la brasileña. Una etnografía de los procesos de reconocimiento de derechos en dos comunidades de Río de Janeiro". En: S. Tiscornia y M. V. Pita (comps.) *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil. Estudios en Antropología Jurídica*. Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 185-204.

ROCA, ALEJANDRA (2009) "Decisiones Técnicas, ontologías diversas: las estrategias de producción de certezas en torno a los embriones de la FIV". En: *Actas de la VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR: "Diversidad y Poder en América Latina"*. Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín/Instituto de Altos Estudios Sociales, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2009. En CD-ROM.

ROSENBERG, MARTHA (2002) "Aborto, sexualidad y subjetividad". En: *Mora*, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, n° 8, 136-145.

RUBIN, GAYLE (1989) "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad". En: C. Vance (comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid, Editorial Revolución, 113-190.

SCHEPER-HUGHES, NANCY Y LOCK, MARGARET (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". En: *Medical Anthropology Quarterly* (New Series), n° 1, 6-41.

SCOTT, JOAN (1993) "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: M. C. Cangiano y L. Dubois (comps.) *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en ciencias sociales*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 17-50.

SHARMA, ARADHANA Y GUPTA, AKHIL (2006) *The Anthropology of the State. A Reader*. Oxford, Blackwell.

SHORE, CRIS Y WRIGHT, SUSAN (1997) *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. London, Routledge.

STANDING, HILARY (1992) "SIDA: Problemas conceptuales y metodológicos en la investigación del comportamiento sexual en África al sur del Sahara". En: *Social Science & Medicine*, vol. 34, nº 5, 475-483.

SZASZ, IVONNE (1998) "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno infantil". En: J. G. Figueroa (comp.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México D.F., El Colegio de México. Disponible en: <http://www.grhf.harvard.edu/Spanish/course/>

TAMANINI, MARLENE Y HOSTMANN AMORIM, ANNA CAROLINA (2009) "Como se vendem as novas tecnologias reprodutivas conceptivas: uma análise da tecnologia do proceder científico na América Latina". En: *Actas de la VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR: "Diversidad y Poder en América Latina"*. Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín/Instituto de Altos Estudios Sociales, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2009. En CD-ROM.

URBANDT, PATRICIA (2002) *Esterilización femenina en el hospital público*. Mar del Plata, Ed. Suárez.

URBANDT, PATRICIA Y BOSTIANCIC, MARÍA CARLA (2008) *Esterilización femenina y derechos reproductivos. Libertad de acción vs. libertad de decisión*. Mar del Plata, EUEM.

VALDÉS, TERESA (2003) "Democracias, desigualdades, alianças". En: R. Parker y S. Corrêa (orgs.) *Sexualidade e Política na América Latina*. Río de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 13-17.

VAN DER GEEST, SJAACK Y FINKLER, KAJA (2004) "Hospital Ethnography: Introduction". En: *Social Science Medicine*, vol. 59, nº 10, 1995-2108.

VANCE, CAROLE (1996) "Thinking Sex, Gender and Health". En: *Reconceiving Sexuality. International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health*. Río de Janeiro, 14 al 17 de abril de 1996.

_____ (1991) "Anthropology Rediscovered Sexuality: A Theoretical Comment". En: *Social Science Medicine*, vol. 33, nº 8, 875-884.

VIANNA, ADRIANA (2005) "Antropólogos e a produção de direitos: sobre alguns limites e impasses". En: *Actas del I Congreso Latinoamericano de Antropología*. Rosario, Asociación Latinoamericana de Antropología, 11 al 15 de julio de 2005. En CD-ROM.

VIEIRA, ELISABETH MELONI; BADIANI, RITA; DAL FABBRO, AMAURY LÉLIS Y RODRIGUES JUNIOR ANTONIO LUIZ (2002) "Aspects of Anticontraception Methods Used on São Paulo State, Brazil". En: *Revista de Saúde Pública*, nº 36, 363-270.

VIEIRA, ELISABETH MELONI Y FORD, NICHOLAS JOHN (2004) "Provision of female sterilization in Riberão Preto, São Paulo, Brasil". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, nº 5, 1201-1210.

VIEIRA, ELISABETH MELONI; FÁBIO, SUZI VOLPATO; GUELERI, WAGNER; PICADO, MIRIAM PINHEIRO Y SOUZA, LUIZ (2005) "Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento". En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, nº 6, 1785-1791.

VIEIRA, ELISABETH MELONI Y SOUZA, LUIZ (2009) "Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Riberão Preto, SP". En: *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, nº 3, 393-404.

VILLELA, WILZA Y BARBOSA, REGINA (1995) "Opções contraceptivas e vivencias da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil". En: *Revista de Saúde Pública*, vol. 30, nº 5, 452-459.

WEDEL, JANINE R.; SHORE, CRIS; FELDMAN, GREGORY AND LATHROP, STACY. (2005) "Toward an Anthropology of Public Policy". En: *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*; 600, 30-51.

WEEKS, JEFFREY (2000) *Making Sexual History*. Cambridge, Polity Press.

_____ (1998) *Sexualidad*. México D.F., Paidós/Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM.

_____ (1995) "Valores en una era de incertidumbre". En: R. Llamas (comp.)

Construyendo Sidentidades. Estudios desde el corazón de una epidemia. Madrid, Siglo XXI, 199-225.

ZURUTUZA, CRISTINA (1999) "El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿Utopía o estrategia?". En: M. Bianco, T. Durand, M. A. Gutiérrez y C. Zurutuza (comps.) *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Buenos Aires, FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos, CLADEM, FNUAP.