



# Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona

Autor:  
del Río Fortuna, Cynthia

Revista:  
Runa: archivo para las ciencias del hombre

2009, 30(1), 79-95



Artículo



# ELECCIONES EN ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA: UNA MIRADA SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA TÉCNICA Y LA PERSONA

*Cynthia del Río Fortuna\**

## Resumen

Las prácticas anticonceptivas pueden ser abordadas antropológicamente como actividades técnicas que tienen lugar en la vida cotidiana de las personas. Estudiar su elección exige considerar un amplio contexto social y simbólico que involucra consideraciones “no técnicas”. A partir del trabajo etnográfico en un servicio público de obstetricia de la ciudad de Buenos Aires, tomamos en consideración, en este artículo, el problema de la relación entre la técnica y la construcción de la persona desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud en el caso de la anticoncepción quirúrgica femenina. Para ello, analizamos sus prácticas y representaciones en torno a la administración del acceso a esta práctica, que permiten delinear los modos de definición e intervención biomédica de los cuerpos femeninos.

**Palabras Clave:** Cuerpo, Persona, Técnica, Anticoncepción Quirúrgica Femenina, Ciudad de Buenos Aires

CHOICES IN SURGICAL CONTRACEPTION: A VIEW ON THE RELATIONSHIP BETWEEN TECHNIQUE AND PERSON

## Abstract

Contraceptive practices can be anthropologically approached as technical activities taking place in people's everyday life. To study their choice we must consider the wider social and symbolic context, involving “non-technical” aspects. Based on an ethnographic study carried out in an obstetrician public service in Buenos Aires, this article addresses the relationship between technique and person-building in the case of female surgical contraception from the perspective of health professionals. We examine the practices and representations by which these professionals regulate the access to that practice, which allows us to identify ways of biomedic definition and intervention of female bodies.

**Key Words:** Body, Person, Technique, Female Surgical Contraception, Buenos Aires City

---

\* Licenciada en Ciencias Antropológicas, UBA; Magister en Ciencias Sociales y Doctoranda de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Investigadora del Programa Antropología y Salud, SEANSO, ICA/ Becaria CONICET. Dirección electrónica: cynthiadrf@gmail.com. Fecha de entrega: 08 de abril de 2009. Fecha de aprobación: 29 de mayo de 2009.

## INTRODUCCIÓN

El acceso a la ligadura tubaria o anticoncepción quirúrgica femenina<sup>1</sup> en los servicios sanitarios públicos de la Argentina ha sido históricamente problematizado por parte de los/as profesionales de la salud, por tratarse, según refieren, de una intervención quirúrgica de efecto “esterilizante” difícilmente reversible, y –en virtud de ello– por el marco legal que restrictivamente la regulaba.<sup>2</sup> Centramos el análisis en el primero de estos aspectos señalados, a fin de analizar la perspectiva de los profesionales acerca de la relación entre esta práctica y las mujeres que se someten a ella. En cuanto al segundo aspecto, aunque no se profundizará en su análisis, advertiremos que es referido como un elemento contextual que define la legalidad/ilegalidad de la práctica y del ejercicio profesional, y organiza modos de gestión diferenciales para las instituciones hospitalarias o *públicas* y la atención en espacios *privados*. Los términos *público* y *privado*, empleados por los/as profesionales, retoman pero exceden las referencias a la organización del sistema sanitario en subsectores, ya que connotan una diversidad de sentidos que, como veremos, remiten a los efectos diferenciales de clandestinidad, penalidad y caracterización de las mujeres que atienden en uno y otro. Así, tales nociones deben ser entendidas como multívocas y relacionales.

Es en función de las características señaladas –difícil reversibilidad y restricciones legales– que se implementan y justifican una serie de dispositivos para organizar el acceso a la ligadura tubaria, tratamiento que se diferencia del que reciben otras opciones en anticoncepción. Así, es frecuente que la mujer que solicita la realización de esta práctica en un servicio público de salud se torne objeto de miradas, indagaciones y discursos múltiples en instancias que pueden involucrar la intervención de diversos actores sociales; entre ellos: distintos profesionales y servicios de salud, órganos de justicia –Defensorías o Juzgados–, organizaciones de defensa de derechos de usuarios, consumidores o ciudadanos (como las Defensorías del Pueblo), de acuerdo con las trayectorias particulares (Del Río Fortuna, 2007). Simultáneamente, según los/as profesionales, esta práctica está “desde siempre” disponible en el espacio privado de atención para las mujeres que cuentan con los recursos económicos para financiar esta intervención.

## CONSIDERACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

La noción de *técnicas corporales* planteada por Marcel Mauss (1979) resulta útil para abordar el problema delineado: la relación que conciben los/as profesionales entre la práctica de la ligadura tubaria y las mujeres que la practican. Mauss instaló el cuerpo humano como objeto a ser abordado por los estudios de la técnica. Amplió la definición de *técnicas* más allá de la adopción de instrumentos y su despliegue en esferas productivas, entendiendo 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 *habitus*. Esto implica reconocer que las técnicas no sólo modifican materialmente a quien las ejecuta

–evidenciando el carácter maleable del cuerpo–, sino que involucra la transformación de las relaciones sociales con los otros.

Las prácticas o conductas anticonceptivas –la ligadura tubaria, entre ellas– pueden ser entendidas como actividades técnicas que tienen lugar en la vida cotidiana de las personas. En el caso de la ligadura de trompas, por tratarse de una intervención quirúrgica de cierta complejidad, la administración del acceso a esta práctica –o la decisión de realizar o no la intervención– se dirime necesariamente en el espacio asistencial de la salud, jurisdicción de la biomedicina.

Recuperando la propuesta maussiana de considerar los aspectos biológico y socio-lógico (Mauss (1979) también consideraba indispensable la dimensión psicológica) en el estudio de las técnicas, Leroi-Gourhan (1991) planteó la existencia de una relación intrínseca entre la construcción y operación de artefactos y el *gesto* humano que los torna eficaces, privilegiando el análisis de este último, bajo el supuesto de que la técnica es constitutiva de la humanidad. En su despliegue, la técnica remite a la asociación de gestos e instrumentos en un proceso reglado pero flexible, e involucra, en un sentido amplio, habilidades, recursos naturales, valores e identidades sociales (Schlanger, 2005 en Sautchuk, 2007). Inspirándonos en esta propuesta, nos preguntamos: más allá de la evidente reconfiguración del cuerpo femenino intervenido con esta práctica (técnica en sentido estricto), ¿a qué gestos se asocia esta técnica (entendida tanto en sentido estricto como en sentido amplio)?; ¿cómo resultaría afectada la persona? Al abordar el proceso de gestión que, como adelantamos, suele involucrar diversas instancias, atenderemos a los elementos que en él se encadenan.

En este sentido, Lemonnier (2002) desarrolló la noción de *elecciones técnicas* (*choix techniques*) para abordar contextos etnográficos. Planteó que las representaciones acerca de la técnica o la tecnología –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”. De ahí que cabe indagar el contexto político y cultural en que se da la gestión de la ligadura tubaria, en otras palabras: ¿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)?

Por último, para analizar la consideración de la relación entre la técnica y la persona en el caso que nos ocupa, resultan fértiles las observaciones acerca de la noción de persona en el contexto etnográfico melanesio realizadas por Strathern (2006): la persona se constituye en un haz de relaciones, donde existe un agente que, a través de sus actos, moviliza tales relaciones. Considerando esta conceptualización nos preguntamos: ¿de qué formas, o en qué sentidos –según los/as profesionales– la práctica en cuestión modificaría ese nexo de relaciones?

Para abordar el problema de la relación entre la técnica y la persona desde la perspectiva de los/as profesionales de la salud, a partir del caso de la administración del

acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina, vamos a analizar las representaciones y las prácticas de los/as profesionales acerca de la ligadura tubaria. El material de análisis surge del trabajo de campo realizado en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires –Argentina– durante los años 2007 y 2008. Se inscribe en el marco de nuestra investigación doctoral, de carácter etnográfico, acerca de la construcción social de una política pública de gestión de la sexualidad femenina en esta ciudad. Realizamos entrevistas en profundidad a profesionales que se desempeñan en ese hospital<sup>3</sup> y observación con participación en el servicio de obstetricia –ateneos médicos, sala de espera, consultorio de salud reproductiva–. La observación en este último, con el consentimiento previo de las mujeres, constituyó una estrategia metodológica apropiada, a la vez que una oportunidad privilegiada para aproximarnos a los sentidos y las prácticas en torno a la anticoncepción quirúrgica femenina entre los otros métodos anticonceptivos disponibles, centrando nuestra atención en el desenvolvimiento de los/as profesionales frente a las solicitudes de esta práctica, y los modos y criterios por los cuales resuelven prescribirla o no hacerlo. Cabe aclarar que este consultorio es el único espacio en ese hospital dedicado básicamente a brindar información, prestaciones y métodos para la anticoncepción, por implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y cuenta con la capacidad técnica –infraestructura y recursos humanos capacitados– de realizar la ligadura tubaria.

## UN PROCESO TÉCNICO ESPECIALIZADO

El consultorio de salud reproductiva dispone de un día de atención a la semana exclusivamente dedicado a la recepción de consultas por la práctica de ligadura tubaria. ¿A qué obedece esta superespecialización en el tratamiento de consultas por anticoncepción quirúrgica femenina?; ¿qué hacen los profesionales frente al pedido de una mujer que desea ligarse las trompas?

De acuerdo con lo referido desde la jefatura del servicio, la voluminosa demanda de esta práctica –desde que se constituyó en servicio de referencia– obligó a organizar la atención. Así, si bien todos/as los/as profesionales están en condiciones de atender y orientar estas consultas, se decidió concentrarlas en un consultorio especializado a fin de implementar una organización más eficiente. Es frecuente que las mujeres lleguen a sacar turno con una derivación escrita de otro/a profesional solicitando su “evaluación para ligadura” y con ello se asigne un turno para el consultorio especializado en “consejería para ligadura”. Otras veces, sin contar con una derivación formal, las interesadas explicitan su intención de recurrir a esta práctica a la secretaria del consultorio. Al consignarla en la agenda, no es infrecuente que la secretaria les pregunte su edad y la cantidad de hijos. En ocasiones, a esto le sigue alguna expresión a través de la cual la secretaria “anticipa” lo que sucederá (sonriendo, acompaña con un guiño de ojo la entrega del turno, o con el comentario “venite este día que está la doctora que te va a operar”; sería, levanta una ceja en un gesto de dificultad o desaprobación). Pero también, como pudimos observar, las consultas por esta práctica se presentan en el espacio

general del consultorio, no sin que esto produzca un intercambio de miradas y, en ocasiones, una respiración profunda preceda a las preguntas y explicaciones que suelen seguir.

Encontramos que raramente la asesoría sobre los métodos disponibles incluye información sobre la ligadura. Y al exponer la diversidad de métodos puestos a disposición para elección de las usuarias –hormonales (inyectables y píldoras), dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos masculinos– los/as profesionales suelen enfatizar el carácter reversible de todos ellos.

La omisión de información sobre la ligadura resulta significativa si tenemos en cuenta la extendida práctica discursiva de los/as profesionales que consiste en distinguir espacios y fuentes legítimos o válidos de información de los que no lo son, descalificando los saberes de los conjuntos subalternos. Según una profesional entrevistada, la escasa mención espontánea de esta práctica obedece no sólo al tiempo que lleva alterar las rutinas médicas en cuanto a la provisión de información, sino a la “sensación” –en sus propios términos– de estar promoviendo la elección del método hacia una práctica sin retorno. Así, cuando el contenido de la información remite a una práctica de carácter irreversible, la misma acción de informar adquiere un sentido adicional: hacer apología, sentido no asociado a la presentación de los otros métodos anticonceptivos sistemáticamente ofrecidos.

En sintonía con esto, varios/as profesionales entrevistados refirieron que de ellos surge informar sobre esta intervención sólo cuando la consideran la opción más recomendable, indicada para el caso. Pero ¿en qué casos? Las opiniones son unánimes: cuando un próximo embarazo implica un riesgo para la salud o la vida de la mujer, riesgo mayor al que todo embarazo supone, en función de los antecedentes obstétricos (sobre todo, la cantidad de cesáreas, pero también el número de embarazos, así hayan terminado en partos vaginales) y patologías preexistentes (padecimientos coronarios, renales, diabetes, hipertensión arterial, etc.). Encontramos aquí la noción de riesgo como dimensión que organiza y justifica el acceso a la ligadura. Esta se centra en los aspectos físico-clínicos de la persona, y en la medida en que éstos no indiquen riesgo para el organismo de la mujer, no se considera recomendable la práctica (y en consecuencia no se informa sobre ella). En estos casos, se deja fuera de consideración la experiencia subjetiva del cuerpo, de donde surge la voluntad de la mujer de recurrir a esta práctica. Así, la mirada biomédica tiende a ignorar la experiencia subjetiva del cuerpo y sus procesos –la sexualidad, la gestación, el parto–, e ignora de esta forma a quien, en determinadas condiciones de existencia, lo “encarna” (Good, 1994).

En este sentido, el reconocimiento explícito por parte de los/as profesionales de este servicio del derecho de las mujeres a acceder a la anticoncepción quirúrgica (sin necesidad de argumentar “indicación médica”) es tensionado cuando la inquietud o solicitud de esta práctica es planteada por mujeres sin antecedentes que puedan considerarse indicadores de riesgo clínico. Entre las situaciones que generan mayores resistencias se encuentran los pedidos planteados por mujeres que 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 reconocen que son situaciones cualitativamente diferentes), más aún si son jóvenes (el corte suele trazarse en los treinta años, pero resulta más conflictivo cuando la mujer está próxima a los veinte). Los criterios de edad de la mujer y cantidad y sexo de sus hijos/as aparecen en la guía de trabajo o protocolo con que el servicio está resolviendo las solicitudes de ligadura tubaria, considerados como “factores de arrepentimiento”.<sup>4</sup> Estos pedidos 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 pros, 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).

Los datos relevados muestran que, como sostiene la profesional recién citada, “más allá de que haya una ley” –elemento que remite simultáneamente a las condiciones de legalidad/ilegalidad de la práctica como marco del ejercicio profesional y al derecho de la mujer a recurrir a esta intervención–, determinadas situaciones resultan especialmente dilemáticas para los/as profesionales. Este es el caso de las mujeres jóvenes que manifiestan su deseo de no volver a atravesar la maternidad biológica, juventud que es definida en términos de la etapa reproductiva que le resta (¿y debe?) transitar. Desde la sospecha de una profunda perturbación, este deseo es patologizado, ya que contradice al que se supone natural y que se espera que “aparezca” más adelante: el deseo de ejercer la maternidad. En este acto se realiza un doble movimiento. Por un lado, el cuerpo es usurpado a quien lo experimenta, restándole potestad para decidir sobre él. Por otra parte, el cuerpo (teóricamente dotado de capacidad reproductiva) es reintroducido como parte esencial de la persona, velando (compulsivamente, contra la voluntad manifiesta de la mujer) por su conservación: el cuerpo femenino *completo* aparece aquí como soporte 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 –cual instinto o inexorable mandato social–, parecen fundarse 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.

Volvamos a la microescena del consultorio especializado en la atención de pedidos de ligadura y su dinámica cotidiana. Además de preguntar a la mujer que consulta por esta práctica “¿Por qué quieres la ligadura?” –a veces formulado informalmente y alternado con las preguntas que apuntan a completar los ítems preestablecidos en la historia clínica–, la profesional indaga acerca del “número soñado de hijos”. Esto revela que se asume la existencia de un proyecto de maternidad de larga data. Como si este proyecto pudiera reinstalarse más adelante, a estas preguntas le sigue el planteo de ciertas situaciones o escenarios hipotéticos: “¿Y qué pasaría si dentro de ‘x’ tiempo quieres que tu hijo tenga un hermanito?”, “¿y si cambiás de pareja y quieres tener hijos con esa otra persona?”. Estas preguntas –válidas en sí mismas, toda vez que una mujer está por tomar una medida de difícil retorno– no fueron planteadas, sin embargo, a todas las mujeres que consultaron por esta práctica. Sólo fueron formuladas a aquellas que, en coincidencia con lo que sostuvieron los/as profesionales en situación de entrevista, plantean las situaciones donde el pedido se torna más problemático, y donde no la consideran aconsejable (las mujeres más jóvenes, y las que tienen “pocos” o ningún/a hijo/a).

El “hacer consejería” –mencionado en el fragmento arriba citado– tiene lugar, entonces, discrecionalmente. Remite al acto de informar sobre la ligadura tubaria a las mujeres que la soliciten en el marco de la gama de métodos anticonceptivos alternativos y reversibles disponibles, pero también a la indagación sobre los motivos y ponderación de las respuestas al “interrogatorio” de rutina incluyendo, como vimos, las situaciones hipotéticas. Asimismo, los/as profesionales indagan sistemáticamente acerca de la opinión de la pareja, caso que la mujer se presente sola a la consulta. El consentimiento escrito del compañero de la mujer para acceder a la práctica no es exigido por el servicio, más allá de que era algo habitual allí y sigue siéndolo en otros servicios de la ciudad. Sin embargo, esta forma de averiguar la voluntad de la pareja revela que sigue vigente la consideración del cuerpo de la mujer en relación con un otro. Cabe preguntarse en qué medida esto condiciona la potestad de la mujer sobre su propio cuerpo.

Los/as profesionales entrevistados/as coinciden en reconocer la importancia de disponer y dedicar un espacio de tiempo. Tiempo considerado esencial a fin de asegurarse que la mujer tome una decisión informada y autónoma, reduciendo las chances de “arrepentimiento” a futuro. Sin embargo, encontramos que este tiempo fue dispensado diferencialmente: frente a las mujeres que reunían características –de acuerdo con los criterios corrientes– que las convertían en “candidatas” para la ligadura, el documento para registrar su consentimiento y la “hoja de ruta”<sup>5</sup> les fueron entregados en la primera consul-



ta. Así, después de las preguntas de rutina y de enfatizar el carácter quirúrgico, altamente eficaz y prácticamente irreversible de la práctica, se las habilitó para someterse al procedimiento por ellas solicitado, sin dedicar más que unos pocos minutos a la “consejería”. Por el contrario, cuando se trató de mujeres cuyos antecedentes no cuadraban con los criterios legitimados en el campo sanitario –nuevamente, las más jóvenes y con uno o dos hijos/as–, el tiempo dedicado a ellas fue mucho más amplio, aunque no por ello más exhaustiva la información brindada. 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–. En otras palabras, esto ocurre sólo cuando la profesional tratante no considera conveniente realizar la ligadura.

## ENTRE EL RECONOCIMIENTO DE DERECHOS Y ¿LA FUERZA DEL INSTINTO?

El “arrepentimiento” arriba mencionado es vinculado a la representación de la mujer como un ser “esencialmente maternal”:

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 [...] 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 a lo mejor castrada con esa posibilidad (Lic. Obstétrica).

La naturalización de la disposición maternal de las mujeres se refuerza aquí con la movilización de la idea de la castración. El “efecto traumático” fue también mencionado en relación con la imposibilidad, para la mujer ligada, de satisfacer el deseo “del hijo propio” de eventuales futuras parejas (asumiendo que, aun cuando hubiera resuelto su propio deseo, la mujer se arrepentirá de la decisión antes tomada). Este tipo de “arrepentimiento” –que coloca la fuente del deseo en otro (varón)– evoca a la mujer en un lugar complaciente, asume su incapacidad para negociar o redefinir ese deseo y adelanta la frustración o infelicidad que sufrirá. Podemos plantear entonces la vigencia de la heteronormatividad (Butler, 2003); esto es, de una matriz cultural de dominación de género que, como vemos en el caso que nos ocupa, a través de las prácticas profesionales, supone la reproducción de estereotipos de género por adecuación de los cuerpos de las mujeres al ejercicio de la heterosexualidad reproductora.

Por otra parte, el “arrepentimiento” que lleva a las mujeres a solicitar la intervención o tratamiento que les permita quedar embarazadas es identificado como motor de denuncias o demandas penales:

Claro, pero acá, ¿sabes 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, o que la persona se le agarre la locura de 'no, ahora quiero tener otro', los abogados andan por todos lados (Ginecóloga).

La posibilidad de verse envueltos/as en litigios –inherente, como reconocen, al ejercicio de la medicina– es vinculada al carácter necesariamente público de las prácticas profesionales asistenciales en el ambiente hospitalario, mientras que el ejercicio de la medicina en el espacio privado permitiría, como veremos, la gestión del secreto. Este escenario se completa, según surge del material de entrevistas, con la imagen de la *mujer arrepentida*: aquella que, tiempo después de someterse por propia voluntad a la práctica, cambia de parecer e inicia acciones legales contra el/la profesional que atendió su pedido. De hecho, parecen ser exclusivamente las mujeres que se asisten en los servicios públicos de salud las que podrían tornarse, en este sentido, una amenaza.

Así, esta técnica señala un límite, un punto de inflexión problematizado y siempre vinculado por parte de los/as profesionales a la pérdida de la capacidad reproductiva, con los mencionados efectos, que contemplan a la mujer en el seno de relaciones sociales que se verían afectadas (relación de pareja, relación médico-paciente). También con preocupación, la ligadura tubaria es asociada a otros efectos, consecuencias de los comportamientos que siguen a la alteración somática: luego de ser operadas, las mujeres suspenderían los controles más o menos periódicos de su salud (sobre todo en lo que refiere a los chequeos de su salud ginecomamaria), muchas veces vinculados al control del embarazo (esto fue expresado en términos de la “pérdida de pacientes”) y dejarían de implementar medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual y VIH una vez que “desaparece” para ellas la preocupación del embarazo. Paradójicamente, reconocen que el control periódico no es un hábito extendido entre las mujeres de escasos recursos, ni el preservativo el método preferido entre las mujeres que consultan, como tampoco consideran que sendas cuestiones constituyen experiencias que se insertan en procesos socioeconómicos, políticos e ideológicos de amplio alcance. Así, varios/as entrevistados/as señalaron la capacidad y el rol profesional de discernir entre pedidos de ligadura tubaria planteados “por capricho”, “por comodidad” y –oponiéndolos– los que obedecen (y deben ser atendidos) a una “necesidad real” o “mayor conveniencia”.

Podemos advertir aquí, implícitamente, cierta moralización de la experiencia de la *sexualidad no reproductiva*, cuya gestión no admite (legítimamente) comodidad, rapidez. Por tratarse de una de las técnicas más seguras para evitar embarazos, ésta a su vez habilita una vida sexual sin consecuencias en términos reproductivos, aunque pocas veces se menciona en estos términos a las mujeres que consultan por esta práctica (e infaltable en la atención de varones). La omisión de esta información –y la decisión de informar o no acerca de la disponibilidad de esta técnica entre otras opciones en anticoncepción– puede ser entendida como un efecto del dispositivo de la “política de la superficie corporal” (Butler, 2003), que vela por la adecuación de los 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– implica, como vemos, dificultades para percibir y acceder a esta técnica tal y como la legislación vigente propone, esto es: una técnica anticonceptiva –entre otras– pero de carácter definitivo, que no requiere “indicación médica”.

La consideración de los efectos permanentes en la persona referidos por los/as entrevistados/as revela la mirada y abordaje biomédico de los cuerpos. Por un lado, éstos son construidos desde una óptica biologizante, ahistórica y asocial (Menéndez, 1990), que implica la estimación de algún riesgo para el organismo (de contraer infecciones de transmisión sexual –ITS–, abandono de chequeos). Desde esta perspectiva, el cuerpo es aislado, desvinculado, de las condiciones materiales de existencia. Por otra parte, el cuerpo femenino, por su capacidad reproductiva, aparece como el soporte de la construcción social que naturaliza la maternidad como deseo-destino de la mujer: de ahí que se considera que la clausura de la etapa reproductiva transforma radicalmente la experiencia personal de la mujer, alterando las relaciones de las que efectiva o potencialmente participa.

Sin embargo, 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 profesional, no cabe practicar la operación. Caso contrario –ante parámetros indicadores de riesgo– se prioriza la supervivencia del cuerpo a ser intervenido, desconsiderando tanto los procesos subjetivos que pueden acompañar la práctica quirúrgica, como los efectos considerados clínicamente adversos. Entendemos que 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 en la dilación o negación por parte de los/as profesionales de la realización de esta técnica. Este control también se revela toda vez que consideran conveniente su práctica a fin de asegurar la supervivencia de una mujer que “cumplió” con la maternidad.

## LA EMERGENCIA DE “LO SOCIAL” (O LA SANCIÓN MORAL)

Además de factores clínicos que involucran la noción del riesgo para el organismo de la mujer, otros criterios justifican, según los/as profesionales de la salud, 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).

En servicios públicos de salud, la noción de riesgo también remite a las condiciones de existencia de las mujeres que allí se atienden, caracterizadas por los/as profesionales por la carencia o escasa disponibilidad de recursos económicos y culturales. Sin embargo, cabe reparar en que este “riesgo social” no atañe estrictamente a la mujer sino, y sobre todo, a su descendencia.

Las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres de sectores populares que acuden al hospital público, según lo referido por los/as profesionales, implican dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos reversibles, algunas de ellas vinculadas a obstáculos situados a nivel de los propios servicios públicos, pero que remiten a distintas lógicas (resistencia ideológica de las autoridades de servicios y/u hospitales, demoras en la gestión o distribución de los insumos hacia los servicios, etc.). Reconociendo esas dificultades, supeditadas a los criterios que definen el riesgo clínico –incluyendo la paridad– y a la edad de la mujer, varios/as entrevistados/as expresaron la conveniencia de realizar la intervención solicitada en función del “riesgo social”. Una profesional halló razonable 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” (Ginecóloga).

La alta paridad es un factor reconocido de morbilidad materno-infantil, y por eso lleva a considerar la ligadura tubaria como una opción anticonceptiva a fin de evitar los riesgos que entraña para la salud y la vida de la mujer y la criatura. Sin embargo, cuando se trata de “pacientes hospitalarias” –donde la alta paridad se da en un contexto social de precariedad– se llega a justificar la realización compulsiva de esta práctica.

Por otra parte, los/as profesionales coinciden al manifestar el malestar que les genera que mujeres que tienen la ligadura tubaria “médicamente aconsejada” –basándose en los criterios arriba mencionados y con el propósito de evitar consecuencias que estiman más graves– rechacen someterse a ella, acto que interpretan en términos de irresponsabilidad por exponerse al riesgo de un próximo embarazo clínicamente contraindicado, a la vez que implica poner a sus hijos/as en riesgo de perder a su madre, o de encontrarse en una situación de mayor privación económica. La noción de “paridad cumplida” subyace aquí, ya no como condición necesaria para acceder a la práctica (es decir, el requisito de haber sido madre biológica más de una vez), sino sirviendo de fundamento o condición suficiente para aconsejar la práctica a fin de garantizar el ejercicio de las funciones maternas de la mujer para con su prole.

En tales circunstancias, y en todas aquellas que “encuadran” en los criterios que rigen el acceso a, y justifican, la ligadura, observamos que los otros efectos arriba mencionamos (referidos por los/as profesionales) no son problematizados. Como dijimos, sólo fueron mencionados por los/as entrevistados/as como consecuencias negativas en casos que no justifican la realización de la ligadura, y consideran conveniente promover la adopción de otros métodos.

## SOBRE CÓMO LIDIAR CON “LO (I)LEGAL”

Las referencias temporales al contexto jurídico (legalidad/ilegalidad), que identifican un punto de inflexión a partir de la sanción de la ley 26.130/06 (ver nota 2) y las modalidades de ejercicio profesional (público/privado) son frecuentemente articuladas por los/as profesionales al referirse a los modos de resolver los pedidos de ligadura:

M: En privado ahora cambió con la ley [26.130/06]. Yo te estoy hablando antes de la ley, se *hacía*, todos las hacían, casi todos las hacían.

A: ¿En qué cambió?

M: Cobraban y las hacían, y no figuraba en ningún lado y las hacían, por supuesto. Eh, me incluyo, *me-incluyo*, ¿eh? No voy a ser... te soy totalmente honesto, no en serio, me incluyo. Siendo, *mi* visión era, yo las hacía *si* consideraba que era una mujer candidata a hacérsela.

A: ¿Qué variables entraban en juego?

M: La paridad, patología, era un poco lo, o sea, múltiples cesáreas, una patología materna, grandes múltiparas... Una mujer de veintipico de años con dos chicos, ¿viste? Jamás le voy a hacer una ligadura (Ginecólogo).

Al igual que otras prácticas que simultáneamente remiten a cuestiones de ejercicio de la sexualidad femenina y la procreación, y a la discusión acerca de su legalidad en virtud de restricciones y justificaciones que los textos legales señalan, pero que son objeto de diversas interpretaciones –como la interrupción voluntaria del embarazo–, el acceso a la ligadura tubaria en los servicios públicos de salud resultaba ser más bien una excepción casi siempre problemática, al mismo tiempo que se encontraba disponible a través del mercado de servicios médicos. Es decir, en el consultorio privado se convertía, en parte, en una transacción económica donde se intercambiaba una práctica médica por honorarios.

Como muestra el fragmento recién citado, la práctica de esta intervención a nivel privado asume, por un lado, ciertas características comunes a otro tipo de bienes y servicios no legales (arreglo de honorarios, manejo del secreto que implica no dejar constancia en documentos, entre otros). Pero, por otra parte, esta práctica no se inscribe en la lógica del mercado sin más: la administración del acceso a ella en el espacio privado invoca idénticos criterios –paridad, cesáreas anteriores, morbilidad precedente, edad– que remiten tanto a la percepción biologicista del cuerpo en riesgo, como a las representaciones hegemónicas de género, priorizando el ejercicio de la maternidad biológica como condición *sine qua non*. Por el contrario, el criterio que no aplicaría en este espacio es el de “riesgo social” para referirse a las mujeres que cuentan con suficientes recursos para costear la práctica:

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, seis chicos, que se quedaron embarazadas por mala suerte para ellas, según ellas. Está bien, es válido (Ginecólogo).

Sin poder alegar dificultades de orden material en el acceso a otros métodos anticonceptivos, se revela un fundamento de la elección de la ligadura como técnica anticonceptiva que es repudiado en el ámbito hospitalario: la comodidad. Ésta aparece en el sector privado como una posibilidad y hasta como una condición para el disfrute de la sexualidad no reproductiva. Cabe indagar en qué medida este contraste no obedece al ejercicio de cierta empatía entre los/as profesionales con las mujeres que atienden en este ámbito, surgida de la mayor proximidad en el espacio social (en comparación con la distancia social de la relación médico-paciente en los servicios públicos).

La posibilidad de ser objeto de demandas legales por practicar la ligadura, según los/as entrevistados/as, constituía el horizonte que explicaba las negativas o el temor a proceder hasta la sanción de esta ley. Pero las mencionadas restricciones legales en que se sustenta esta argumentación se presentan como insorteables sólo en el ámbito institucional público:

Lo que pasa es que hay ciertas normas que cumplir en un hospital público, y vos no estás sola. Vos en privado decidís vos. Pero acá tenés, o sea, yo soy una médica de planta pero tengo jefe. Y para entrar a un quirófano necesito autorización, y si no están de acuerdo no se puede, ¿entendés? No es lo mismo la actividad en privado. Porque en privado estás sola, o sea, vos decidís si lo querés hacer o no (Ginecóloga).

Así, el encuentro médico-paciente en los servicios públicos de salud es inextricablemente ligado a las directrices legales (con una determinada interpretación, cabe aclarar) y a la publicidad de los actos médicos allí realizados. Sin embargo, a la vez que se argumenta que rigen ciertas normas, su cumplimiento efectivo se reconoce mediado por la voluntad de la autoridad máxima del servicio, la cual puede ser contraria al espíritu de las normas. Los servicios públicos de salud son descritos, entonces, como escenarios marcados por una estructura jerárquica infranqueable, en la que exclusivamente su autoridad máxima goza de cierta discrecionalidad. Por el contrario, la práctica de la medicina en espacios privados se presenta sencillamente exenta de un ordenamiento jerárquico, posibilitando una discreta transacción entre médico y paciente, donde sólo compete al profesional en cuestión la decisión de realizar o no la intervención solicitada. Sin embargo, cabe resaltar que las rutinas referidas por los/as profesionales entrevistados/as ubican, sin excepción, la realización de esta intervención en la clandestinidad, aun cuando se tratara de situaciones que podrían haber sido consideradas no punibles. Es en la clandestinidad que esta práctica adquiere un valor de cambio, es decir, se torna un bien de mercado. La retribución económica, según reconocen los/as entrevistados/as, justificaría el riesgo legal que esto acarrea, mientras que en el sector público no gozarían de rédito extra.<sup>6</sup>

Por último, si bien ninguno de los/as entrevistados/as se refirió a las mujeres que consultan de manera privada en términos de potencial amenaza –en caso de que cambiaran de opinión después de someterse a la ligadura–, comentaron los “recaudos” que rutinariamente se tomaban a fin de minimizar su exposición, basados en el manejo del secreto. Esto incluye la terminación del embarazo con la programación de una cesárea, evitando con ello dejar las cicatrices de otro tipo de procedimiento que no pasarían desapercibidas ante la mirada de otros/as colegas. Paralelamente, se argumenta que la realización de una cesárea electiva –practicada al solo efecto de ligar las trompas– es impracticable en el sector público, ya que es una instancia quirúrgica y con ello aumenta el riesgo, siendo preferible terminar el embarazo con un parto normal siempre que no haya contraindicaciones para intentarlo. Encontramos entonces que la noción médica del riesgo clínico, que fundamenta en buena medida la justificación o el rechazo de la práctica de la ligadura tubaria (Del Río Fortuna, 2007) es manipulada para poder inscribir esta práctica en la lógica del mercado. Esta manipulación podría estar suponiendo, simultáneamente, vulnerabilidades específicas para las mujeres que se atienden en uno y otro sector: en el caso de las que cuentan con

los recursos necesarios para acceder a este mercado, obligándolas a la cesárea; para las que carecen de estos recursos, limitando la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo, ya que con este argumento se les niega una práctica que otras veces podría ser realizada –apelando también al riesgo de un futuro embarazo– de manera inconsulta.

## COMENTARIOS FINALES

Las instancias que rodean la intervención quirúrgica de ligadura tubaria, es decir, el proceso de su gestión iniciado por las mujeres –o desde otro ángulo, la regulación del acceso a esta práctica– pueden ser abordadas desde la noción de *técnicas corporales* entendidas en sentido amplio. Siguiendo la definición propuesta por Marcel Mauss (1979), éstas operan a través del despliegue de actos en un *continuum* que, en este caso, tienen por objeto o sustrato material el cuerpo de las mujeres, buscando adecuarlo a la definición hegemónica de lo que resulta un cuerpo femenino culturalmente legítimo. Este proceso, según vimos, tiene similitudes y especificidades tanto si lo consideramos en relación con la elección de otros métodos por parte de las mujeres, como si contrastamos su despliegue en los distintos espacios de atención.

Resta investigar la experiencia y *performances* de las mujeres. En este trabajo mostramos que algo de eso se manifiesta –en forma de *gestos* que son ponderados por los/as profesionales– a lo largo del proceso técnico que puede o no llegar a la instancia quirúrgica solicitada por la mujer, toda vez que se exige la exposición de sí por parte de ellas: de sus motivos, sus malestares, sus expectativas, su biografía, sus vínculos, su sexualidad, su cuerpo. En el espacio público, la secuencia comienza en la interacción con personal administrativo y cierta publicidad del motivo de consulta, en contraste con la máxima discreción que caracteriza su gestión en la atención privada. Si consideramos además los criterios con que los/as profesionales deciden el acceso (o no) a la práctica en cuestión, esto sugiere un ejercicio más lábil de la vigilancia médico-moral en este último espacio. Estamos recuperando aquí el argumento de Leroi-Gourhan (1991) sobre el compromiso corporal –y agregamos, subjetivo– con la técnica (en sentido amplio) a través de la adopción de gestos que la hacen eficaz. Con esta hipótesis, resta analizar el aspecto productivo de esta técnica en términos –foucaultianos– de los procesos de subjetivación que estarían operando, con similitudes y diferencias, en las distintas modalidades de gestión de esta práctica. Desde esta perspectiva, entonces, será interesante volver sobre ciertas actitudes de las mujeres evidenciadas durante la gestión de la práctica (algunas de las cuales mostramos en este trabajo a través de los discursos médicos) y que adquieren especificidades ligadas a su posición social: las que acuden al hospital lo hacen acompañadas por sus maridos o llevan a la siguiente consulta el consentimiento por ellos firmado, comentan las dificultades experimentadas en la adopción de otros métodos y las privaciones económicas; mientras que las que se atienden de manera privada suelen expresar que alcanzaron el tamaño de familia que deseaban. Asimismo, cabe indagar las modalidades de auto y alter identificación social que operarían por el hecho de haberse sometido a esta técnica (aquí en sentido estricto: la intervención quirúrgica misma).

Las instancias del proceso técnico abordado, siguiendo la conceptualización de Leroi-Gourhan (1991) en un sentido amplio, involucra regulaciones formales –legales y administrativas– y una diversidad de saberes, valoraciones, motivaciones e intereses que orientan las prácticas de las mujeres y las de los/as profesionales. El análisis de su despliegue da cuenta, tal como sostiene Lemonnier (2002), de la imbricación de las representaciones de una técnica particular –la ligadura tubaria– 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 aquel 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.

El abordaje etnográfico realizado recientemente permite situar las decisiones profesionales referidas a la indicación o no de la práctica que nos ocupa en relación –de modos no mecánicos, aun con ciertas regularidades– con fenómenos culturales, relaciones sociopolíticas y económicas, disposiciones morales, esquemas legales, etc. En este sentido, al comentar y dar sentido a sus prácticas en relación con la gestión de la ligadura tubaria, los/as profesionales se refirieron a ciertos elementos del contexto técnico: leyes y sanciones infranqueables que definen esferas cualitativamente distintas (legalidad/ilegalidad, público/privado, publicidad/clandestinidad); la noción de riesgo –sea clínico o social– como dato indiscutible; la consejería y el tiempo como aspectos indispensables para garantizar una decisión bien informada y meditada, entre otros.

Desde la perspectiva teórica asumida en este trabajo, entendemos que las referencias a estos elementos se da en el entramado de relaciones de hegemonía/subalternidad del que participan los/as profesionales interpelados. A la vez que participan de ciertas representaciones sociales hegemónicas, la manipulación de aquellos elementos se revela como una estrategia práctica y discursiva que oculta el ejercicio de un poder, en alguna medida, siempre discrecional. Es en la resolución particular de los pedidos, donde tales elementos vuelven a ser significados una y otra vez, vinculados de diversas y complejas maneras a la representación social de la maternidad y de la mujer, a la consideración de su inserción socioeconómica o al compromiso de su salud y su supervivencia, entre otros aspectos.

Porque esta práctica evita de manera permanente que la mujer sea capaz de concebir y así habilita el ejercicio de la (hetero)sexualidad no reproductiva, moviliza especialmente representaciones acerca del cuerpo y la persona *mujer*, culturalmente inteligibles dentro de una matriz de género que establece compulsivamente la heterosexualidad reproductora (Butler, 2003). Como vimos, esta práctica es asociada con ciertos gestos significados



negativamente (abandono de controles de salud, exposición al riesgo de contraer ITS/VIH), siempre que los/as profesionales no se inclinen a indicarla. Cabe preguntarse en qué medida, al velar 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.

## NOTAS

<sup>1</sup>También denominada ligadura de las trompas de Falopio, se trata de una intervención quirúrgica que evita de manera permanente, a través de la obstrucción o sección de las trompas, que se produzcan embarazos. De acuerdo con la técnica empleada, este efecto puede revertirse mediante intervenciones de cierta complejidad (cirugías de repermabilización de las trompas o técnicas de fertilización asistida) o bien de manera espontánea (movilización de los clips, soltura de puntos, repermabilización espontánea de las trompas).

<sup>2</sup>Se esgrimía la necesidad de autorización judicial porque la ley 17.132/67 prohibía “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). También se citaba la comprensión de las acciones que provocan la pérdida “de la capacidad de engendrar o concebir” como “lesiones gravísimas” de acuerdo con el Código Penal Argentino (art. 91). Sin embargo, la ley arriba citada sólo menciona la prohibición de intervenir quirúrgicamente sin contar con autorización judicial cuando esto provoque el cambio de sexo del paciente (art. 19, inc. 4). En el año 2003, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires emite la Resolución N° 874 tendiente a evitar la judicialización de las solicitudes de ligadura tubaria con indicación médica precisa para acceder a esta intervención, sin cambiar en lo esencial las condiciones de acceso. En el 2006 se sanciona la ley nacional N° 26.130 que equiparó la ligadura tubaria y la vasectomía a otros métodos anticonceptivos, disponiendo que sean de acceso gratuito y a demanda de las personas capaces y mayores de edad, quienes deben dar su consentimiento después de ser informadas. Con todo, persisten resistencias que argumentan que la sanción de esa ley no altera en lo esencial el ordenamiento jurídico, ya que el Código Penal no ha sido modificado.

<sup>3</sup>Se entrevistó a médicos/as tocoginecólogos/as y licenciadas obstétricas; 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. Las entrevistas fueron registradas en grabador, previo consentimiento, y luego convertidas en texto bajo pautas estandarizadas de desgrabación (*cursivas*: énfasis; (...): no se comprende; (comentarios entre paréntesis): observaciones nuestras; cor-: palabra cortada, interrumpida por el/la propio/a entrevistado/a; se-pa-ra-ción: separación rítmica de palabra o frase; A: pregunta o intervención nuestra –antropóloga–; M: médica/o; L.: licenciada; R: residente; [...]: supresión de un fragmento).

<sup>4</sup>Este instrumento merece un detenido análisis, que escapa al alcance de este trabajo.

<sup>5</sup>Formulario que indica el circuito de autorizaciones y estudios prequirúrgicos indispensables para toda internación, acompañado con las órdenes para cada uno de esos estudios.

<sup>6</sup> A título personal y en términos económicos, ya que puede observarse que el servicio viene ganando visibilidad y reconocimiento por parte de diversos actores sociales por su labor asistencial en la provisión de esta práctica. La capitalización de esta trayectoria a través de su identificación como centro de referencia para las mujeres y de capacitación técnica para profesionales, la producción y divulgación de trabajos científicos (casuística, epidemiológicos, etc.) se inscribe en un proceso de disputa en curso, que evoca sentidos encontrados.

## BIBLIOGRAFÍA

- BUTLER, Judith. 2003. *Problemas de gênero. Feminismo e Subversão da Identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- DEL RÍO FORTUNA, Cynthia. 2007. *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, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- GOOD, Byron. 1994. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- LEMONNIER, Pierre. 2002. "Introduction". En: P. Lemonnier (Ed.), *Technological choices. Transformation in Material Cultures since the Neolithic*. London: Routledge. pp. 1-35.
- LEROI-GOURHAN, André. 1991. *Le geste et la parole-la memoire et les rythmes*. París: Albin Michel.
- MAUSS, Marcel. 1979. "Concepto de la técnica corporal". En: *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos. pp. 337-343. (Edición original de 1934).
- MENÉNDEZ, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol*. México DF: Ediciones de la Casa Chata.
- SAUTCHUK, Carlos. 2007. *O Arpão e o Anzol*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasilia.
- STRATHERN, Marilyn. 2006. *O Gênero da Dádiva: Problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Ed. da Unicamp.