

Derechos y condiciones en un consultorio de salud reproductiva. O sobre cómo se define la "autonomía"

CYNTHIA A. DEL RÍO FORTUNA
UBA – CONICET

Resumen

El artículo analiza los dispositivos que organizan el acceso a la ligadura tubaria en un servicio público de salud de la ciudad de Buenos Aires convertido en "referente" para esta práctica, legalizada en Argentina en el año 2006. Su administración, como técnica anticonceptiva, remite a procesos de regulación social centrados en la sexualidad femenina y su capacidad reproductiva. Atendiendo críticamente al "perfil" de las mujeres que, según distintos actores sociales, recurrirían a esta práctica, el análisis revela los sentidos que informan los modos de acción y argumentación de los y las profesionales de la salud. El foco de la reflexión está puesto en una de las tensiones persistentes en torno a esta práctica: cuando quienes la demandan son mujeres jóvenes.

Palabras clave: anticoncepción quirúrgica femenina – derechos – género – autonomía

Abstract

In Argentina, the tubal ligation was legalized in 2006. As contraceptive technique, its use refers to social regulation processes centered in female sexuality and reproductive capacity. In this paper we analyze the devices that regulate the access to this practice in a public health service of Buenos Aires City, which has become a local "reference" for tubal ligation. We explore the meanings that inform the modes of action and argumentation of the health professionals, by focusing in the "profiles" –given by different social actors– of women who would demand this practice. We take into consideration one of the most persistent tensions related to tubal ligation practice: the case of young women who demand it.

Key-words: female surgical contraception – rights – gender – autonomy

Introducción

Históricamente, el acceso a la ligadura tubaria¹ en los servicios sanitarios públicos de Argentina ha generado controversias –y todavía lo hace– bajo el argumento de la pérdida prácticamente irreversible de la capacidad reproductiva que provoca. Y, en virtud de ello, por las normas que la regulaban –donde la "indicación terapéutica" era

su condición *sine qua non*² y más aún por una interpretación restrictiva de las mismas. La solicitud de esta práctica siempre ha sido mucho más numerosa que la de vasectomías, y mayormente problematizada en la escena pública.

A mediados de 2006 ambas prácticas de anticoncepción quirúrgica fueron redefinidas como alternativas anticonceptivas disponibles para la población mayor de edad sin otro requisito a través de la ley nacional 26.130, ampliando así derechos en torno a la sexualidad y la reproducción, ya formalmente reconocidos en la Constitución nacional y en la de la ciudad de Buenos Aires.

En estas nuevas condiciones, y puesto que los servicios de salud continúan siendo los proveedores de estas prácticas, este artículo se dedica al análisis de los dispositivos que de manera tensa y cotidiana organizan las prácticas de los y las profesionales de la salud en torno a la disponibilidad de la ligadura tubaria. El material de análisis surge de una investigación de carácter etnográfico en la que abordé el despliegue de políticas de sexualidad y reproducción social a través del caso del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en la ciudad de Buenos Aires (del Río Fortuna 2010). En ese marco, realicé trabajo de campo intensivo en un servicio de obstetricia de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires durante los años 2007 y 2008,³ convertido en "referente" para diversos actores sociales⁴ en cuanto a la provisión de la ligadura tubaria.

Juegos –o batallas?– de figuras y sombras

Durante los debates de los proyectos de ley sobre anticoncepción quirúrgica,⁵ no había

duda de que tanto quienes alentaban la liberalización del acceso a ese método, como quienes la 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, difería entre las diversas posiciones.

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 sería una alternativa a la práctica del aborto y sus consecuencias cuando éste es realizado en condiciones de suma precariedad: riesgo de morbilidad materna e 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 práctica una vez habilitada legalmente. Esta caracterización surgía, en parte, de las pocas estadísticas existentes, basadas en la provisión de esta práctica en el sector público de algunas provincias que ya habían reglamentado estas intervenciones quirúrgicas,⁶ y contribuía a generar cierto consenso en torno a la definición de quienes serían "candidatas" a la ligadura tubaria. Desde otra perspectiva, se advirtió que la iniciativa podía habilitar la esterilización de las mujeres pobres, repitiendo las

nefastas experiencias de campañas compulsivas que tuvieron lugar en otros países del tercer mundo a partir de leyes similares en el marco de proyectos con metas demográficas durante los años '70. La elección de ese término –esterilización– da cuenta de la batalla discursiva que tuvo lugar en torno a la definición de esta práctica, también referida, desde esta perspectiva, como "mutilante". Al tiempo que las posiciones antagónicas se enfrentaron, también, blandiendo porcentajes de reversibilidad muy diferentes: para los propulsores de su legalización, la ligadura contaba con un 80% de chances, mientras que entre los detractores de la iniciativa, las tasas de éxito de las cirugías de reversión caían hasta el 20%.

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: reconociendo experiencias signadas por la escasez de recursos materiales y simbólicos, se cuestionó 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". Así, reforzando una imagen de vulnerabilidad y desamparo de esas mujeres, se restaba legitimidad a las decisiones de realizar algunas de esas prácticas, y se adoptaba –tal como denunciaron legisladores/as proclives a la sanción de esta iniciativa– una posición tutelar que resistía la ampliación de opciones –y derechos– para la

regulación de la fecundidad por parte de las propias mujeres.

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 solicitada por mujeres sin hijos y, más aún, si fueran jóvenes.⁷ 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.

También con la intención de contrarrestar la inquietud de quienes, oponiéndose a la liberalización de esta práctica, pronosticaban una suerte de "avalancha" de mujeres jóvenes solicitándola, la jefa del servicio de obstetricia expuso en unas jornadas científicas⁸ el "perfil gineco obstétrico" de las mujeres que se ligaron las trompas allí, al tiempo que advirtió que, al comparar los períodos previo y posterior a la legalización de la práctica, ese "perfil" no había variado. Esperaba –según expresó– que esa casuística contribuyera a erradicar aquella "fantasía", según se refirió a tal posible escenario. Así, a pesar de 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–, tanto 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, como la tendencia persistente en cuanto al "perfil" de las mujeres que se ligaron y al porcentaje de

ligaduras sobre los nacimientos (también persistente), obliga a considerar en el análisis los sentidos y las prácticas desde los que se organiza la administración del acceso a la ligadura tubaria. Y por tratarse de una intervención quirúrgica de cierta complejidad, este se dirime en el espacio asistencial de la salud, jurisdicción de la biomedicina, aunque en su regulación participan otros actores sociales.

La consolidación de un servicio "referente" y un protocolo singular

En efecto, en ese servicio 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. Y es que este servicio asumió una posición particular –favorable a la provisión efectiva de esta práctica en determinadas circunstancias– desde el año 2000, cuando su jefatura quedó a cargo de una médica personalmente comprometida con temas de la salud reproductiva de las mujeres. Y más aún luego, desde que entró en vigor una resolución específica que reglamentaba la provisión de la ligadura tubaria en la ciudad de Buenos Aires,⁹ cuando el servicio se dedicó a construir un instrumento que permitiera estandarizar las prácticas profesionales en cuanto a la resolución de pedidos de ligadura tubaria. La profesional que la sucedió cuando aquella pasó a desempeñarse como directora del hospital, fue quien estuvo al frente de esta iniciativa. Ella –jefa del servicio cuando hice trabajo de campo– se refirió a las limitaciones que surgían del requisito de la indicación médica, todavía presente en dicha resolución, al tiempo

que planteó que el instrumento desarrollado contenía 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.

En la ponencia presentada en el evento antes mencionado consta que se 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". Así, esa guía de procedimiento, que todavía hoy¹⁰ 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, se pregunta "¿Cómo evaluar la decisión del usuario sobre anticoncepción permanente?". 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 rubricada por la interesada y "el/los profesionales responsables del proceso de consentimiento informado"– y la revisión de algunas normas que la regulan.¹¹ A continuación, esta guía de procedimiento incorpora una serie de preguntas organizadas en lo que los/as profesionales denominan internamente "semáforo".¹² Allí se propone una serie de cuestiones a indagar, entendiéndolo 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 eva-

luación "que permite llegar a una decisión reflexionada, con tiempo y sin apuros". Como se muestra abajo, éste presenta preguntas que funcionarían como criterios o 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.

Preguntas	Detenerse	Cautela	Proceder
¿Quién tomó la decisión?	Otra persona	Usaria decidida, pareja/familia objeto	Usaria
¿Cuándo tomó la decisión?	Ahora	Recientemente	Hace un tiempo
¿Por qué optó por este método?	Presión de otros	Escuchó que puede revertirse	No desea más hijos
¿Cómo tomó la decisión?	Bajo presión, muy preocupada	Sin tiempo, apresuradamente	Luego de pensarlo e informarse de otros métodos
¿Qué sabe del método?	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
Disposición de otros métodos	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 —de muy distinto orden— 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 deci-

sión; 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 tomado por iniciativa médica y brindado en tales circunstancias.

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 foránea¹³ de carácter estadístico-descriptivo que, a través del análisis multivariado, extrae conclusiones por asociación de las variables consideradas.

Estos factores establecen cierto "perfil" de mujeres que se constituyen en una suerte de "candidatas al arrepentimiento" —retomando la propuesta de Su-

sana Margulies (1998)—¹⁴ organizando 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"), y en función de criterios naturalizados que surgen de estadísticas que homogeneizan experiencias y proyectos vitales para las mujeres. 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 vaginales) y/o patologías preexistentes (padecimientos coronarios, renales, diabetes, hipertensión arterial, etc.). Así, la posibilidad de recurrir a esta práctica estaba todavía asociada a los criterios en los que comúnmente se basaba la "indicación terapéutica" antes legalmente requerida, por asociación con la noción de "riesgo" —"clínico", "reproductivo" o "social"—.¹⁵ Toda vez que la mujer no presentaba ninguna de estas características, la "paridad cumplida" —al decir de los/as profesionales—, es decir, el hecho de tener algunos hijos/as, era el criterio que habilitaba el recurso a esta práctica. Los sentidos que subyacen al modo de desenvolverse frente a esta última situación fueron analizados en otro lado (del Río Fortuna, 2010). No obstante, vale resaltar que es la disposición a practicar la ligadura en estos casos la que diferencia a este servicio de la resistencia que, todavía hoy, ofrecen otros, aún cuando cada vez más, se disponen a realizar esta práctica a mujeres

con cierto "riesgo" ante futuros embarazos. Veamos ahora las modalidades que adquiere el tratamiento de esta práctica.

La atención y los dispositivos en práctica

El servicio dispone de un consultorio especializado en "consejería para ligadura" en el marco del consultorio de salud reproductiva, donde se realiza la "consejería en anticoncepción". El espíritu que caracteriza esta última "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 generoso 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 mismas quienes elijan el método de su preferencia, que les resulte más cómodo y/o les de más confianza.

Al exponer la diversidad de métodos anticonceptivos disponibles, las más de las veces la ligadura tubaria no fue mencionada entre las opciones. 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.

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 [...] 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. 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. (Médica obstetra, de planta)

En este fragmento, se observa la convicción acerca de la idoneidad del semáforo para evaluar la "conveniencia" (o no) de proceder con la práctica en cuestión. Al mismo tiempo, esta médica expresa —sin reparar en ella— la tensión entre las respuestas a este instrumento, en caso que se organicen de modo tal que la ligadura solicitada no resulte recomendada, y la insistencia de la mujer que la solicita. La tarea profesional, así, es explicitada en términos de asegurarse que la mujer que quiere ligarse las trompas no

se arrepienta más tarde. Y para eso, argumentan los/as profesionales, el tiempo dedicado a la "consejería".

En el consultorio dedicado exclusivamente a la "consejería para ligadura", las profesionales a cargo preguntaban, mientras comenzaban a completar la historia clínica: "¿Por qué querés la ligadura?". Luego acostumbraban indagar por el tamaño ideal de familia imaginado por las mujeres, y 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 jóvenes¹⁶ y a las que tenían "pocos hijos/as".

Como adelantaba el testimonio de la profesional antes citada, el espacio dedicado a la "consejería" tomaba más tiempo si el dispositivo de colores no arrojaba una franca luz verde, o si alguna/s características de la mujer se reconocían como "factores de arrepentimiento". Así, sólo 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"), observé la puesta en acto de la proclamada imperiosa necesidad de dedicarle tiempo a la "consejería" —incluyendo información sobre métodos transitorios y reversibles— antes de avalar la realización de la práctica. Por el contrario, cuando se trató de mujeres con características que las convertían en "candidatas" para la ligadura, los documentos necesarios para iniciar el camino hacia la modificación irreversible del cuerpo —el formulario

para brindar su consentimiento informado y la "hoja de ruta"¹⁷— fueron extendidos en la primera consulta.

Se guiaban así, de acuerdo a los criterios señalados en el dispositivo, lo que muestra la intención de reducir la incertidumbre médica y "diluir" el peso de la decisión a la hora de considerar a cuáles mujeres operar y cuáles no, en función de la "necesidad de control de lo que no se sabe" (Margulies 1998:58). Así se procura el manejo de situaciones que, en efecto y por naturaleza, se desconocen: las posibilidades de que, a futuro, las mujeres cambien de opinión.

Por el contrario, 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"). Este instrumento revela su eficacia normalizadora, 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 algunas situaciones para los/as médicos, en las que el cuestionamiento se dirige, primero hacia la mujer, y luego hacia aquellos/as.¹⁸

Pero el propio dispositivo genera una serie de tensiones e incluso contradicciones, 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, o 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 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, y 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.

Una de las principales tensiones se revela, entonces, cuando quien solicita la práctica es una mujer joven y con "pocos hijos". ¿Qué sentidos subyacen a las prácticas profesionales observadas y hasta aquí referidas?

El "caso" de las jóvenes

La decisión expresa de ligarse las trompas, cuando proviene de mujeres jóvenes, se convierte en objeto de una atenta mirada. Y más aún, un tratamiento 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 a través de la adopción de un método anticonceptivo "moderno", 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. 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 consultorio (notas de campo).

El cuestionamiento que recibió el pedido de ligadura 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 expresa. 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 había tomado la iniciativa sola. "¿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 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 la subordinación de aquellas, 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 esirme castrada con esa posibilidad. (Lic. Obstétrica, de guardia) (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

tomar la decisión de realizar o no la práctica solicitada. Estos modos de acción 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".

De esta forma, los pedidos de las más jóvenes suelen ser seguidos de una prolongada indagación:

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... (Médica obstetra, de planta) (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. 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 se manifieste más adelante: el deseo de ejercer la maternidad. 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.¹⁹ En este sentido, aparecen las referencias a las mujeres que siendo jóvenes y aun sin haber experimentado la maternidad biológica requieren esta práctica —al igual que los juicios por mala praxis, como una posibilidad temida pese a la ley vigente— 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)

Consideraciones finales

La liberalización del acceso a la ligadura tubaria — a través de su redefinición legal, que la desvincula formalmente del criterio médico, antes requisito ineludible— 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".

Como se vio, las características de las mujeres que solicitarían esta técnica quirúrgica de anticoncepción, proyección basaba en la casuística clínica, buscaba generar consenso para la sanción de la ley. Luego, encontramos que esos "perfiles" de "candidatas" para la práctica en cuestión, se expresan todavía —esto es, continúan produciéndose— en el servicio de "referencia". Y esto porque los y las profesionales, tanto tienen prácticas rutinizadas —que validan y reproducen los cursos de acción— como operan en un espacio social estructurado por relaciones de desigualdad y construcciones sociales de largo aliento.

El análisis etnográfico revela la dificultad y las tensiones experimentadas por los/as profesionales de la salud, proveedores potenciales de la práctica en cuestión, especialmente a raíz de un posicionamiento político institucional que expresa cierta internalización de las normas,

toda vez que reconocen explícitamente el derecho de las mujeres a decidir practicar esta intervención, y efectivamente la proveen en muchos casos.

Así, encontramos que una vez ampliadas las condiciones legales para su acceso, a través de la ley 26.130/06, profesionales de este servicio promueven una herramienta –el “semáforo”– que, en su despliegue, tanto refuerza la autoridad profesional para dirimir la “conveniencia” de su realización, como limita la autonomía de las mujeres para decidir al respecto –aunque, paradójicamente, se sostenga que tiene por objeto resguardarla.

En este sentido, tanto en el consultorio como en los debates parlamentarios, es común cierta revictimización de las mujeres pobres, aunque con propósitos disímiles: desde una perspectiva conservadora –o, como se vio, cuando el/la profesional no valida el pedido de la mujer– esta caracterización opera poniendo en cuestión decisiones tan personales como las que hacen a la disposición del propio cuerpo, y arrogándose la capacidad de supervisarlas considerando lo que resulte “más conveniente” para ellas.

La legitimidad de la práctica de ligadura –y su efectiva realización– se revela, desde la perspectiva profesional, más ligada a la necesidad de velar por la salud de las mujeres-madres –procurando evitar peores con-

secuencias– que 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 (Corrêa y Petchesky 2001). Sin embargo, cuando algunas profesionales del equipo aluden a esta consigna como “bandera” de su labor, 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 manifiesta en las prácticas asistenciales que efectivamente despliegan, entre ellas, la provisión de ligadura tubaria a pedido de –algunas– mujeres.

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 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 reproductiva

obligatoria– conlleva, como mostré, dificultades para que los distintos actores sociales perciban y accedan a esta técnica tal y como la legislación vigente propone, ya que ésta se inserta y está mediada por condiciones materiales, técnicas, simbólicas, morales.

Así, la vigencia de discursos que esencializan la identidad femenina en base a una inclinación maternal inmanente 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 la prescripción de esta práctica, de acuerdo con ciertas características –reales o asignadas– de la mujer. De ahí que, cuando no se puede apelar al “riesgo” que implicaría un próximo embarazo para la vida de la mujer-madre, la noción de “arrepentimiento” –que asume la “naturaleza maternal femenina”– obtura esta alternativa en anticoncepción. Esta tensión se expresa de manera paradigmática en la trayectoria singular de un servicio que devino en “referente” para esta práctica, donde el umbral (como condición indispensable) para el acceso a la práctica, lo constituye la noción de “paridad cumplida”, y donde la solicitud de esta práctica por parte de mujeres jóvenes continúa siendo conflictiva, incómoda para los/as profesionales, al tiempo que difícilmente alcanzable para aquellas.

Notas:

1. La ligadura tubaria bilateral, o ligadura de las trompas de Falopio, es una intervención quirúrgica 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 reopermeabilización de las trompas o técnicas de fertilización asistida). Algunas veces, esto ocurre de manera espontánea (movilización de los clips, soldadura de puntos, reopermeabilización espontánea de las trompas).
2. Ley nacional 17.132/67 de ejercicio de la medicina, y el Código Penal.
3. El trabajo incluyó observación con participación en la sala de espera, el consultorio de salud reproductiva que funciona en el servicio y las reuniones periódicas del equipo profesional a cargo de ese consultorio, entrevistas en profundidad a profesionales de ese servicio y del de ginecología del mismo hospital, y entrevistas informales a mujeres que se atendían allí. También fueron consultados documentos producidos por el servicio de obstetricia: historias clínicas, fichas de atención y trabajos académicos sobre la casuística de esta práctica. Las entrevistas, de las que aquí reproduzco fragmentos, 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; [...]: supresión de un fragmento).
4. Es identificado como tal desde otros centros sanitarios públicos y privados del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, programas y organismos estatales, agencias de control y defensa de derechos (como la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires), organizaciones no gubernamentales y las propias usuarias del sistema de salud.
5. Me refiero a los que analizo aquí: Legislatura porteña, en ocasión de la declaración 218/06 -en adhesión a los proyectos de ley sobre anticoncepción quirúrgica en vistas de su inminente tratamiento en la Cámara de Diputados de la Nación-, y Congreso Nacional, especialmente a la sesión en la cual el Senado sancionó la ley 26.130.
6. En este sentido, se mencionaron a las provincias de Río Negro, La Pampa, Chaco, Santa Fe, Neuquén y Tierra del Fuego.
7. 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 (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 22-12-2009).
8. VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2007. Ponencia elaborada por profesionales del equipo responsable del Consultorio de Salud Reproductiva del servicio.
9. Resolución 874/03, de la ex Secretaría de Salud (hoy Ministerio) del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
10. Recientemente, este protocolo fue presentado ante referentes sanitarios regionales en un encuentro organizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (18 de abril de 2011).
11. Res. 874/03; ley 17.132/67; Código Penal, art. 34, y jurisprudencia que la avaló en virtud del artículo 19 de la Constitución Nacional, sobre conductas autorreferentes.
12. 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.
13. Puesto que no existen estudios de este tipo producidos localmente.
14. La autora retomaba allí la noción de "candidatura" planteada por Ronald Frankenberg (1994) en relación con los análisis profesionales del riesgo, para la realización de la serología para VIH.
15. Estas son categorías propias de los y las profesionales entrevistados, cuyo análisis no es objeto de este artículo. En otro lado (del Río Fortuna 2010) planteo que refieren al saber biomédico y son, por lo tanto, de orden técnico moral.

16. El "corte" suele trazarse en los treinta años –siguiendo el "semáforo"– pero resulta más conflictivo cuando la mujer está próxima a los veinte.
17. Ésta 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.
18. Y es en este sentido que el "semáforo" contribuye al disciplinamiento profesional, al procurar estandarizar sus prácticas profesionales y cuestionar sus modos de implementación, cuestión que excede el alcance de este trabajo y que analicé en mi tesis doctoral (del Río Fortuna, 2010).
19. Cabe señalar que todas las mujeres que solicitaron la práctica ya tenían hijos/as, al igual que todas las que efectivamente se ligaron en el servicio, de acuerdo con la base de datos allí elaborada, a excepción de una joven con síndrome de Down. Esta última situación amerita un análisis que excede el propósito de este artículo.

Bibliografía:

- Berg, Marc (1992). *The Construction of Medical Disposables, Medical Sociology and Medical Problem Solving in Clinical Practice*. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 14, N° 2, 151-180.
- Butler, Judith (2003). *Problemas de género. Feminismo e Subversão da Identidade*. Río de Janeiro, Civillização Brasileira.
- Corrêa, Sonia y Petchesky, Rosalind (2001). *Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista*. En J. G. Figueroa (Coordinador), *Elementos para un análisis crítico de la reproducción* (41-74). México D.F.: Editorial Porrúa, PUEG/UNAM.
- del Río Fortuna, Cynthia (2010). *...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*. Tesis de Doctorado en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.
- Frankenberg, Ronald (1994). *The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: candidates or targets for prevention*. *Social Science & Medicine*, Vol. 38, N° 10, 1325-1335.
- Margulies, Susana (1998). *'Candidaturas' y VIH-SIDA: tensiones en los procesos de atención*. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 74, 53-59.