

COINCIDENCIAS Y CONTRASTES EN TORNO A LA REGULACIÓN POLÍTICA DE LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA EN BRASIL Y ARGENTINA *

Cynthia del Río Fortuna **

Resumen

Este trabajo aborda comparativamente las políticas, los discursos y las prácticas de profesionales de la salud en torno a la disponibilidad y el acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina.

En ambos países, en los años ´60 y ´70 los fenómenos de población vinculados con el crecimiento demográfico y la reproducción social fueron colocados en el centro de la escena. El contexto internacional promovía el control de estas cuestiones en el tercer mundo, concebidas –desde los países centrales– como amenazantes para el sostenimiento del orden social capitalista. Así, por ese entonces se asistió al auge de la “planificación familiar”, actividad reivindicada, promovida, disputada y resistida por diversos actores sociales. En el marco de la difusión de métodos anticonceptivos modernos que esta iniciativa supuso, el alcance efectivo de los quirúrgicos –especialmente la ligadura tubaria– resultó altamente dispar en uno y otro país.

En esta presentación se analizan los aspectos que han sido problematizados políticamente en cuanto a la disposición de ésta entre otras técnicas de regulación de la fecundidad. El análisis se basa en la revisión bibliográfica y, para el caso argentino, en algunos de los hallazgos que surgen de una etnografía recientemente concluida, centrada en la ciudad de Buenos Aires. A partir de allí, se iluminan núcleos de sentido comunes y divergentes entre ambos países, tanto en lo que concierne al devenir de la política pública en torno a la práctica de la anticoncepción quirúrgica femenina –que, como se verá, remite simultáneamente a cuestiones vinculadas con la salud pública, la demografía y la sexualidad, entre otras– como en lo que atañe al estado del conocimiento producido y los aspectos problematizados en la producción bibliográfica sobre el tema en Brasil y Argentina.

Introducción

En Argentina, la anticoncepción quirúrgica femenina –recurso que permite a las mujeres anular su capacidad reproductiva de manera permanente– históricamente ha generado controversias, y todavía lo hace, especialmente cuando su acceso se dirime en los servicios sanitarios públicos. En las normas que hasta hace poco tiempo la regulaban –la ley/decreto

* Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012. Parte de los contenidos de este artículo fueron expuestos en el II Seminário Enlaçando Sexualidades. Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura. Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Brasil, 4 al 6 de septiembre de 2011.

** Investigadora asistente CONICET/Instituto de Ciencias Antropológicas/Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. E-mail: cynthiadrf@gmail.com.

nacional 17.132/67 de ejercicio de la medicina–,¹ la “indicación terapéutica” era establecida como una condición *sine qua non* para su realización en virtud del carácter definitivo adjudicado a esta práctica, al tiempo que la interpretación del esquema legal era, como se verá, altamente restrictiva (debido a la noción de salud en juego).

En la última década se dio una correlación de fuerzas cada vez más favorable a la liberalización de la ligadura tubaria. En cierta forma, esto fue cristalizado con la sanción de la ley nacional 26.130, a mediados del año 2006. Con ella, la ligadura –al igual que la vasectomía– se tornó formalmente una alternativa en anticoncepción, hasta entonces supeditada a criterio médico. Esta ley es una década posterior a la normativa que reguló el acceso a esta práctica en Brasil. Allí, la ligadura tubaria fue incluida entre las alternativas en anticoncepción en la ley de planificación familiar 9.263, sancionada en 1996. Con anterioridad a la sanción de estas normas, ambos países ya habían reconocido formalmente en sus cartas magnas –Brasil en 1988, y Argentina en 1994– el derecho de las personas a decidir acerca de su reproducción, al tiempo que asumían la responsabilidad por disponer de los recursos necesarios para el ejercicio de este derecho. No obstante, tratándose de un método quirúrgico prácticamente irreversible,² la práctica de la ligadura tubaria tomaba lugar de modos particulares, expresando tensiones y límites, aún en un escenario político de creciente democratización en materia de sexualidad y reproducción.

En este artículo analizo comparativamente los modos de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina, atendiendo a los contextos sociopolíticos en los que se problematizó política y normativamente la disponibilidad de esta intervención, y las prácticas sociales en torno a ella (centralmente de profesionales de la salud y, en menor medida, de otros actores sociales: mujeres que se inclinaron por esta opción anticonceptiva, legisladores/as, funcionarios/as de distintos órganos/poderes del estado, organizaciones de mujeres), a partir del relevamiento de bibliografía especializada en ambos países. Para el caso argentino, además, recupero hallazgos de una investigación etnográfica recientemente concluida en la ciudad de Buenos Aires,³ a partir del trabajo de campo intensivo en un servicio

¹ La ley/decreto 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). El Código Penal Argentino (1921), por su parte, sanciona las lesiones que provoquen la pérdida de la capacidad de engendrar o concebir (art.91).

² Puesto que tiene un pequeño margen de error, y su efecto permanente sólo puede ser revertido (con porcentajes variables de éxito) a través de microcirugías de recanalización tubárica o bien recurriendo a las tecnologías reproductivas.

³ Se trata de mi tesis doctoral, donde abordé la construcción social e implementación de la política local

público de obstetricia de la ciudad de Buenos Aires, constituido en “referente”⁴ para la provisión de ligadura tubaria.

De políticas demográficas y opciones anticonceptivas: algunos números y problemas

En Argentina, un país que se fundó con una imagen de “desierto” –por su reducido volumen de población–⁵ y debido al poder político de la iglesia católica y su gravitación en la corporación médica, las primeras reglamentaciones formales prohibieron la ligadura tubaria – a excepción de situaciones en las que se aconsejaba su realización con motivos terapéuticos– en el marco de políticas de corte pronatalista. Aquí, el movimiento internacional de promoción de la “planificación familiar” –afirmado durante los años ‘60 y ‘70, como estrategia para contener el aumento de la población del tercer mundo, construida desde los países centrales como amenaza de subversión social y política–⁶ encontró una fuerte resistencia por parte de sectores de distinto signo político (Felitti, 2009). No obstante, por ese entonces comenzó a darse cierta aceptación de los métodos anticonceptivos reversibles debido a la importante participación del aborto en la estructura de causas de la mortalidad materna (aproximadamente un tercio). Estos métodos –básicamente la píldora y el dispositivo intrauterino– fueron difundidos y prescriptos a través de centros privados y algunos consultorios públicos, y cada vez más profesionales fueron entrenados en su administración, básicamente de la mano de la Asociación Argentina de Planificación Familiar, fundada en 1966 y más tarde incorporada formalmente a la *International Planned Parenthood Federation*.

A partir de la recuperación democrática (1983) este tema fue adquiriendo prioridad en la agenda pública, tanto a instancias del gobierno nacional como de las organizaciones de

de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina (del Río Fortuna, 2010). El trabajo de campo se desarrolló en dos fases durante los años 2006 y 2008. La investigación fue realizada con el apoyo económico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas a través de una beca de posgrado, durante el período 2005-2010.

⁴ Esta es la categoría con la que se refieren al servicio diversos actores sociales –profesionales de la salud de servicios públicos y privados del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, funcionarios/as judiciales y administrativos, militantes del movimiento de mujeres y organizaciones civiles de derechos– puesto que allí se dio una apertura a la realización de esta intervención quirúrgica, previa a la sanción de la ley 26.130/03, en función de una normativa local (la resolución 874/03) a la que me referiré más adelante.

⁵ Noción que al mismo tiempo encubre la desvalorización de las poblaciones nativas, las mestizas y ciertos contingentes migratorios, y las campañas genocidas que tuvieron por blanco a las primeras. Cabe señalar, asimismo, que la Argentina completó un rápido proceso de transición demográfica, iniciado en la última década del siglo XIX (Torrado, 1993). Así, para las primeras décadas del siglo XX, coincidiendo con la merma de la migración, las mujeres fueron responsabilizadas por el fenómeno de la “desnatalización”, y se convirtieron en blanco de campañas y políticas que reforzaban un ideal de mujer realizada a través de la maternidad (Nari, 2004).

⁶ Participaron de este movimiento una serie de agencias privadas tales como la *International Planned Parenthood Federation*, la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller, entre otras.

mujeres/feminismos. La estrategia gubernamental privilegió la promoción de la anticoncepción para el ejercicio de la “procreación responsable” con el fin de evitar los embarazos no deseados y, así, el aborto, especialmente los abortos sépticos (es decir, aquellos realizados en condiciones precarias en las que se tornan peligrosos para la salud y la vida de las mujeres –las más pobres).

Pese a la persistente resistencia de la iglesia católica, aquellas políticas se fueron consolidando en los años '90, en un escenario social y político de progresivo reconocimiento de los “derechos sexuales y reproductivos”, entendidos como derechos humanos y consagrados en instrumentos internacionales y en normas, tanto nacionales como locales, que establecen la potestad de las personas para decidir libremente en materia de procreación. Fue recién en el año 2002 que el congreso nacional sancionó la ley 25.673, que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, destinado a garantizar el acceso de la población a información y métodos anticonceptivos reversibles. Permanecieron excluidas, entonces, las alternativas quirúrgicas en anticoncepción –tanto masculina (vasectomía) como femenina–.

En Brasil, en una coyuntura dada por la inflexión en el proceso socioeconómico de crecimiento –que se dio en llamar “el fin del milagro brasileño”– a comienzos de los años '70, se fue consolidando una preocupación política, tanto pública como privada, en torno a los patrones reproductivos de su población (Serruya, 1996). En este contexto, el estado abandonó el perfil pronatalista⁷ que hasta entonces lo había caracterizado (Alvarenga y Schor, 1998). También aquí el aborto constituía un serio problema de salud pública, y el movimiento por la planificación familiar –que había comenzado a accionar en la década anterior– presentó los métodos anticonceptivos modernos –sobre todo la píldora– como solución a la mortalidad materna por aborto y alta paridad. La promoción de estos métodos apelaba, asimismo, a un discurso economicista que moralizaba el ejercicio de la maternidad, indicando una familia más bien pequeña como ejemplo de racionalidad y responsabilidad, al tiempo que acorde con las necesidades de desarrollo económico del país (Serruya, 1996).

Si bien fue iniciados los años '80 que, desde el Ministerio de Asistencia y Previsión Social, el estado brasileño implementó un programa oficial de planificación familiar –a través del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM)–, desde mediados de la década anterior facilitó la actuación de entidades controlistas, entre ellas la BEMFAM (*Bem-*

⁷ Hasta mediados de los '70 existía un punitivo sobre la propaganda de métodos anticonceptivos (Alvarenga y Schor, 1998). Medidas similares también se tomaron en Argentina, aunque su implementación no fue sistemática, y fueron formalmente derogadas en los años '80, ya entrada la democracia (Felitti, 2009).

Estar Familiar no Brasil, organización no gubernamental sin fines de lucro, que funcionaba desde 1965), vinculada a la *International Planned Parenthood Federation* y financiada además por la *United States Agency for International Development*. Entidades de este tipo⁸ se encargaron de abrir clínicas de control de la fecundidad y de realizar actividades de formación médica y promoción de la planificación familiar, con fuerte propaganda en la *media* especializada. Entre finales de la década del 70 y mediados de los '80, con el refuerzo financiero que permitió la propagación de clínicas de esterilización, la ligadura llegó a convertirse en una práctica masivamente realizada, a partir de entonces, por mujeres pobres (Serruya, 1996). Para el año 1986, el 27% de las mujeres en unión sexual de 15 a 44 años estaban ligadas (*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1986*, citado en Minella, 1998a). Según Vieira (2007) la ineficacia del estado para implementar y fortalecer el PAISM – obstaculizado por la iglesia católica (de Oliveira y Hoga, 2005)– es identificada como principal factor explicativo de la alta prevalencia que rápidamente alcanzó la esterilización femenina.⁹ En efecto, esta práctica llegó a ser el método anticonceptivo más empleado: en el año 1996, del 76,7% de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y en unión sexual que usaban algún método, el 40% estaba ligada¹⁰ y en un segundo y lejano lugar se ubicaba la píldora, con el 20,7% (BEMFAM, 1997,¹¹ citado en Minella, 1998a).

En cuanto a la estimación del uso de esta técnica en Argentina, a la clandestinidad en la que casi siempre era practicada antes de su legalización (como se verá más adelante), se suma la escasa información sobre prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en general.¹² Los datos más cercanos en torno a la utilización de la anticoncepción quirúrgica femenina provienen de la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, realizada en 2005 y 2006 por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del

⁸ Además de la BEMFAM, el Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) y la Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), fueron las más importantes (Corral, 1996).

⁹ Es en estos términos que la bibliografía consultada se refiere a la intervención quirúrgica que implica la obstrucción o corte de las trompas de Falopio, práctica que prefiero denominar anticoncepción quirúrgica femenina, o bien, ligadura tubaria.

¹⁰ Mientras que el porcentaje de varones vasectomizados era 2,6% (en 1986 había sido apenas 0,8%). Cabe resaltar que desde 1992 la vasectomía era un procedimiento pago por el S.U.S. (Berquó y Cavenaghi, 2003).

¹¹ BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/MACRO INTERNATIONAL (1997) *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996*. Rio de Janeiro, BEMFAM/Macro International.

¹² Puesto que la Argentina no tomó parte en los emprendimientos internacionales de medición al respecto, como la Encuesta Mundial de Fecundidad o las Encuestas de Demografía y Salud (CEDES, 2003).

Ministerio de Salud de la Nación. En ella participaron 7713 mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años) e iniciadas sexualmente. De allí surge que el 80% de ese universo –proyectado a nivel nacional– utilizaba algún anticonceptivo, y de ellas, el 8% había recurrido a la ligadura de trompas, ocupando el cuarto lugar entre los métodos anticonceptivos empleados.¹³ Aún cuando los universos no sean comparables –puesto que difieren los rangos de edad y el estatus conyugal de la población considerada– el contraste acerca del recurso a este método quirúrgico en uno y otro país es evidente.

La literatura referida al caso brasilero, mayormente producida en las décadas del 80 y 90 desde el campo de la salud pública, la demografía, la tocoginecología¹⁴ y, en menor medida, las ciencias sociales, expresa preocupación por la expansión que venía adquiriendo esta técnica, caracterizada como un “avance indiscriminado” (Minella, 1998b), la caída de la edad promedio de las mujeres al momento de la operación,¹⁵ y la fuerte y veloz reducción de la fecundidad asociada a la difusión de esta práctica (Serruya, 1996). Según esta autora, la región nordeste –una de las más populosas y menos desarrolladas del país– fue una de las más presionadas por parte de entidades controlistas,¹⁶ debido a la asociación neomalthusiana entre pobreza y número de hijos que se hizo hegemónica de la mano de organismos internacionales que alentaban políticas demográficas tendientes a la reducción de la natalidad en el tercer mundo, en alianza con las *élites* locales (Barroso, 1984). Así, se sostiene que la promoción y expansión de la anticoncepción quirúrgica femenina constituyó una estrategia dentro de esas políticas. No obstante, un estudio más reciente (Osis et al., 2003) cuestiona la asociación entre la difusión de la anticoncepción quirúrgica femenina y el descenso de la fecundidad. A partir de la comparación de la historia reproductiva de dos grupos de 236 mujeres –en uno ligadas, en otro no– encuentran que en el primero de ellos las mujeres eran más jóvenes cuando tuvieron su primer hijo, y tuvieron más hijos (incluso más de los que, declararon, hubieran

¹³ Los métodos más usados eran: condón (42%); píldora (25%) y dispositivo intrauterino (11%). La prevalencia regional más baja para la ligadura se daba en la ciudad de Buenos Aires. Las más altas se observaban en las regiones noroeste y noreste, donde ésta se ubicaba en tercero y segundo lugar, respectivamente, en relación con los otros métodos anticonceptivos (regiones que tienen los mayores porcentajes de mujeres con 4 o más hijos, y mayor número promedio de hijos por mujer). Presentación realizada en la VI Jornada Nacional de Municipios y Comunidades Saludables, realizada en la ciudad de Buenos Aires el 6 de septiembre de 2007.

¹⁴ La bibliografía propiamente médica no fue considerada para elaborar este trabajo.

¹⁵ Siendo que en 1986 ésta era de 31,4 años, y para 1996 descendió a 28,9 (Minella, 1998a).

¹⁶ Allí tuvo su sede un programa de promoción de la planificación familiar implementado a través de paramédicos, de la BEMFAM (Serruya, 1996), y muestra los índices más elevados, tanto para la expansión de la anticoncepción quirúrgica femenina como para la caída de la tasa de fecundidad (Simões y Oliveira, 1988 en Minella, 1998a).

querido) que las mujeres del otro grupo. Considerando en el análisis otros aspectos, concluyen que el uso de esta técnica no fue la principal causa de la caída de la natalidad que se dio en Brasil –más adjudicable, parcialmente, a un cambio cultural en la preferencia de las mujeres hacia una prole más reducida– aunque ésta evitó que las mujeres que se operaron tuvieran familias todavía más numerosas (Osis et al., 2003).

Paralelamente, los análisis recuperan otros elementos del contexto social que contribuyeron a la expansión de esta técnica. En este sentido, Barroso (1984) plantea la existencia de ciertos “determinantes sociales” que contribuyeron a hacer de la ligadura una opción tentadora: la mercantilización de la regulación de la fecundidad, con propaganda médica de la práctica como garantía de “una vida sexual sin preocupaciones”, en beneficio de grupos económicos del sector salud; la posición de la mujer en una cultura patriarcal donde es responsabilizada de manera exclusiva por la anticoncepción y los hijos al tiempo que se le exige su participación social en múltiples actividades; dificultades de acceso a métodos reversibles con seguimiento médico, e información distorsionada acerca de sus efectos.¹⁷

Por su parte, Pirotta y Schor (1999), analizaron las trayectorias previas a la operación a través de entrevistas aplicadas a 250 mujeres. De allí surge que cerca del 70% había llegado a la operación habiendo utilizado antes exclusivamente la píldora y padecido efectos adversos, lo que revela, según estas autoras, un acceso restringido a servicios de salud y opciones en anticoncepción. Por otro lado, concluyen que el argumento de haber alcanzado el número de hijos que deseaban, expresa la interiorización de la racionalidad económica, a la vez que remite a la mercantilización de la regulación de la fecundidad, que genera la preferencia de métodos de alta tecnología.

Minella (1998b), siguiendo el planteo de Vieira (1990), entiende que el avance de la esterilización se inscribe en un proceso de “naturalización de la intervención médica en la esfera del comportamiento reproductivo”, proceso que forma parte de una estrategia de medicalización del cuerpo femenino, y que transforma el control poblacional en “una cuestión que emerge, ya no como cuestión de política demográfica, sino como problema para el cual son propuestas soluciones quirúrgicas o ginecológicas” (Vieira, 1990: 96,¹⁸ citado en Minella, 1998b: 77, traducción propia).

También Serruya (1996) arriba a la conclusión de que las campañas controlistas fueron

¹⁷ La propaganda mediática realizada por profesionales de la salud recurría a información falsa acerca de los índices de reversibilidad, quienes llegaban a afirmar que la práctica lo era en un 70% de los casos (Barroso, 1984).

¹⁸ VIEIRA, E. M. (1990) *Prática Médica e o Corpo Feminino*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

exitosas –en un sentido crítico de su legitimidad– de cara al hecho de que las mujeres *desean* la ligadura al alcanzar un tamaño de familia con tres hijos/as como máximo. Para ella, tal deseo constituye una forma perversa de ejercicio de la violencia a través de la cual “lo que es una alienación absoluta del cuerpo pasa a presentarse como un acto de aparente autonomía (...) el deseo socialmente construido de realizar la ligadura tubaria parece responder a lo que se traduce como un efecto positivo del poder sobre el cuerpo, la dominación deseada” (Serruya, 1996: 139, traducción propia). Se trata, para ella, de la normalización de los cuerpos femeninos por vía del proceso de medicalización que, a través de un discurso pretendidamente neutral y científico –el biomédico–, construyó como deseable una intervención mutilante. En su análisis de las representaciones acerca de la anticoncepción quirúrgica entre mujeres pobres ligadas, encuentra que el hecho de que originalmente esta práctica fuera accesible sólo para mujeres de situación económica acomodada –como se verá luego– la tornó una alternativa deseable y efectivamente solicitada por parte de las mujeres más pobres una vez que fue disponibilizada en los servicios públicos de salud. Si bien su análisis denota una profunda sospecha acerca de la validez de las decisiones reproductivas de las mujeres más pobres –sin ponderar, a mi criterio, la legitimidad de sus elecciones, en parte porque explícitamente asume la valoración social de la maternidad entre ellas– se aproxima a un proceso que encuentro interesante y meritorio de ser problematizado e indagado en profundidad: el de la producción del desconocimiento de las mujeres acerca de su propio cuerpo.

Así, en Brasil parece haberse ido configurado lo que algunos autores y autoras refieren críticamente como una “cultura de la esterilización” (Berquó, 1993). Según Vieira y Ford (2004), que el 70% de las mujeres ligadas entrevistadas en su estudio haya reportado tener una pariente también ligada, expresa esa “cultura de la esterilización”. La naturalización de esta opción, da lugar a la percepción del ciclo “menarca-concepción-gestación-parto-esterilización” (Citeli *et al.*, 1995), revelada en la frecuente expectativa de las mujeres de llevarla a cabo una vez alcanzado el número de hijos deseados. Problematizando esta naturalización, han sido estudiados los motivos de rechazo de métodos anticonceptivos reversibles por parte de mujeres esterilizadas (Carvalho y Schor, 2005). Del estudio de estas autoras surge que existe un conflicto de decisión en torno al método a adoptar, puesto que las mujeres procuran una combinación ideal de factores –eficacia, inocuidad, aceptación sociocultural–, al tiempo que sobre ellas pesan las experiencias de efectos adversos y fallas de otros métodos (en parte por deficiencias de la asistencia e información recibida en los servicios de salud), y las dificultades de implementación de éstos en el relacionamiento con su

pareja sexual. No obstante, las autoras encontraron que la eficacia es el criterio predominante en la elección del anticonceptivo. A partir de estos hallazgos, recomiendan reforzar la capacitación de los/as profesionales de la salud a fin de contemplar los factores personales, socioeconómicos y culturales que orientan la elección del método.

Por los motivos hasta aquí mencionados, entre otros identificados por la bibliografía relevada –faltas de opciones anticonceptivas, desigualdad de género, falta de participación de la pareja en la anticoncepción, presiones sociales en distintos ámbitos (trabajo, servicios de salud, entorno familiar), propaganda médica y farmacéutica y medicalización del comportamiento reproductivo–, es que varios/as autores cuestionan la voluntariedad de la decisión que tomaron las mujeres que recurrieron a un método quirúrgico para limitar de manera definitiva su capacidad reproductiva (Barroso, 1984; Serruya, 1996; Pirotta y Schor, 1999; Carneiro y Werneck, 1992).¹⁹ Otras autoras (Villela y Barbosa, 1995; Minella, 1998a) advierten, entre los riesgos que pesan en la elección de esta operación, el de quedar –las mujeres que recurren a esta práctica– más expuestas a contraer VIH y ETS por abandono de medidas de prevención. Tratándose de mujeres en pareja, es cuestionable el temor de que sólo quienes se inclinen por la ligadura vayan a abandonar el uso de preservativo (único método anticonceptivo que además protege ante ITSs y VIH/sida), así como también lo es el hecho de suponer que este riesgo afectaría –como se desprende de estos análisis– exclusivamente a las mujeres de condición socioeconómica más desfavorecida.

Vimos hasta aquí, la magnitud diferencial del alcance de esta práctica en Argentina y Brasil, y los elementos contextuales contemplados por la bibliografía como factores de su expansión en este último. Veamos ahora cuáles fueron los modos efectivos en que la anticoncepción quirúrgica femenina se tornó accesible, y los aspectos problematizados por los estudiosos/as del tema en cada uno de estos países.

Modalidades de acceso: similitudes, diferencias y otros problemas

En Argentina, hasta su legalización, las ligaduras de trompas pocas veces se registraban oficialmente. Eran realizadas mayormente en el sector privado por mujeres que podían costear los honorarios profesionales y que tenían la capacidad para negociarlas con el/la profesional tratante, generalmente el/la obstetra que las asistiría hasta el final del

¹⁹ Este cuestionamiento se expresa de modo dilemático en los títulos de los tres primeros trabajos recién citados: libertad y opresión; carencias y deseos; sumisión y deseo.

embarazo, concluido en cesárea a fin de practicar la ligadura solicitada y convenida.

Como se mencionó, desde los servicios públicos de salud, profesionales y/o autoridades solían oponerse a practicar esta intervención con el argumento de que implicaba la pérdida irreversible de la capacidad reproductiva, y se remitían a las normas que la regulaban.²⁰ A partir de allí, si la interesada en ligarse las trompas tenía los recursos necesarios (sociales, informacionales, económicos) podía llevar su demanda a otros servicios –donde era común que corriera la misma suerte– e incluso continuar procurando esta intervención a través del circuito administrativo (a través de organismos de defensa de derechos, como la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires) y/o del más complicado ámbito judicial.²¹ Esto último porque muchas veces los/as profesionales exigían una autorización judicial para proceder con la práctica solicitada por la mujer, o incluso por ellos/as indicada, animados por el temor a enfrentar acciones legales en su contra. El recurso a este argumento fue caracterizado, como pude relevar durante mi trabajo de campo, por otros actores sociales –funcionarios/as administrativos y judiciales, referentes de programas sanitarios e incluso algunos/as profesionales– como una suerte de “fantasma” en torno a los juicios por mala praxis, puesto que no hay jurisprudencia en el tema.

Con anterioridad a aquella investigación, el tema había sido escasamente abordado por las ciencias sociales. En su mayor parte se trató de estudios sociológicos de opinión con metodología cualicuantitativa. Algunos de ellos incluyeron, al explorar las opiniones de los/as especialistas de la tocoginecología de servicios públicos del área metropolitana de Buenos Aires acerca de la anticoncepción y el aborto, referencias a la anticoncepción quirúrgica (Ramos *et al.*, 2001). En dicho estudio, la indagación, a través de la aplicación de cuestionarios autoadministrados, fue profundizada mediante entrevistas a los/as jefes de servicio. Con este procedimiento se destacó el contraste entre el primer y el segundo grupo abordados: de la encuesta a profesionales (de distinto rango) surgió que la proporción entre quienes acordaban y quienes estaban en desacuerdo con que “la ligadura de trompas debería ser accesible a toda mujer apropiadamente informada y que no presente riesgo quirúrgico aumentado” no variaba significativamente en función de su posición en el servicio (Ramos *et al.*, 2001: 95), mientras que los/as jefes de servicio, por su parte, se mostraron más abiertamente contrarios a la realización de esta práctica. Éste y otro trabajo (Ramos *et al.*,

²⁰ Mencionadas en la nota al pie 1.

²¹ Analicé las lógicas que rigen la administración del acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina a través de estos circuitos en mi tesis de maestría (del Río Fortuna, 2007).

2004) destacaron las resistencias que la ligadura generaba entre los/as profesionales y sus argumentaciones: su carácter irreversible y la posibilidad de enfrentar reclamos penales. Este último trabajo, que procuraba ponderar la implementación de la ley de salud reproductiva de la ciudad de Buenos Aires,²² indagó las opiniones de los/as jefes de servicios efectores del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable²³ sobre ciertos aspectos de la práctica de ligadura tubaria. El estudio mostró que los/as entrevistados desconocían las condiciones en que era lícito practicar la ligadura tubaria y los requisitos administrativos para realizarla. Además, con frecuencia la consideraban prohibida, sólo practicable por “indicación médica” y con autorización judicial (aunque sin eliminar con esto la posibilidad de ser demandados/as a posteriori), y en oportunidades supeditada al consentimiento de la pareja de la mujer que sería intervenida.²⁴ La “derogación de la prohibición” y la “reglamentación de la provisión” de esta práctica estuvieron entre las consignas que mayor cantidad de profesionales juzgaron poco prioritaria, al tiempo que la mayoría de los/as entrevistados se mostró de acuerdo en avanzar en ambos sentidos, justificando la posibilidad de realizar la intervención al menos en “casos puntuales”, como evitar riesgos serios a la vida o salud física de la mujer, con legislación que los protegiera ante eventuales juicios por mala praxis.²⁵ Si bien estos estudios no profundizan en los sentidos que organizan estas prácticas (incluidas las discursivas), exponen el conservadurismo de los/as médicos al tiempo que revelan tendencias incipientes de cambio.

Por último, cabe mencionar un estudio estadístico del comportamiento de la demanda y la provisión de la ligadura en los hospitales públicos de un partido de la provincia de Buenos Aires entre los años 2000 y 2005 (Urbandt y Bostiancic, 2008). Las autoras –una médica y bioeticista, y una abogada, respectivamente– se preocupan por explicar las causas de lo que entienden como un “fuerte y constante incremento de pedidos de esterilización dentro del hospital público” (Urbandt y Bostiancic, 2008: 28), y que pretenden –injustificadamente– señalar como una tendencia poblacional generalizable.²⁶ Señalan un discontinuo acceso y

²² Ley 418, sancionada por la legislatura porteña a mediados del año 2000, creó el Programa que se menciona arriba, actualmente red denominado Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

²³ Dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

²⁴ Debo aclarar aquí que el consentimiento de la pareja y la venia judicial nunca fueron requisitos legales. No así, la “indicación terapéutica” (como se indica en la nota al pie 1) con carácter de excepcionalidad (es decir, admisible en tanto último recurso).

²⁵ No obstante, como se verá, aun con la sanción de la ley que reguló la provisión de estas prácticas entre las alternativas anticonceptivas, estos temores continúan siendo esgrimidos por profesionales que se abstienen de realizar estas operaciones, amparándose en la figura del “objeto/a de conciencia” que la ley 26.130/06 admite.

²⁶ Que se refieran a la práctica de la ligadura tubaria en términos de esterilización denota la perspectiva de

utilización de métodos anticonceptivos de carácter reversible, la insuficiente “competencia moral” de las mujeres acerca de las implicancias permanentes de la ligadura tubaria, y la resolución judicial que consideran devenida en “trámites administrativos, fríos y burocráticos” que cada vez más admite la realización de esta práctica (Urbandt y Bostiancic, 2008: 206). Más allá de la perspectiva prejuiciosa, cabe destacar que el estudio revela un aumento en el porcentaje de prácticas quirúrgicas autorizadas judicialmente pero no efectuadas en los servicios públicos de salud sobre el total de las autorizaciones judiciales. Entiendo que esta diferencia –que las autoras no se detienen a analizar– constituye una expresión del poder y la discrecionalidad médica cuya lógica de acción debe ser abordada a fin de iluminar procesos que obstaculizan el ejercicio de derechos por parte de las mujeres y que opera en diversos sentidos (tanto por negación y dilación –como expuse hasta aquí, y como seguiré desarrollando– como por sugestión y coacción para la realización de esta práctica).

En contraste con esta situación de alta restricción del acceso a la ligadura de trompas, en Brasil esta opción anticonceptiva se difundió ampliamente, inserta en el mercado médico clandestino que operó incluso en los servicios públicos de salud. La mayoría de las ligaduras tubarias realizadas –que no quedaban asentadas en los registros médicos– estaban asociadas al “pago por fuera” –extraoficial– de honorarios profesionales junto a la práctica de una cesárea (Vieira y Ford, 1998), porque al estatus (i)legal de la práctica se sumaban las recomendaciones emanadas desde los propios Consejos de Medicina, que recordaban las consecuencias previstas en el Código²⁷ (Vieira *et al.*, 2005). No obstante, el afán de lucro explica, por un lado, la participación masiva de profesionales proveedores/as de esta intervención en tales condiciones, puesto que los honorarios percibidos no eran despreciables (Alvarenga y Schor, 1998). Asimismo, Serruya (1996) señala que, aún cuando éstos fueron casi simbólicos –lo que acercó la práctica a las mujeres más pobres (que ella encuentra cuestionable)– los/as profesionales eran retribuidos de manera más suculenta por las clínicas y entidades controlistas (caso las prestaciones fueran provistas desde servicios públicos). Esta fue, según Corral (1996), una de las prácticas más efectivas utilizadas por estas entidades, principalmente en la región nordeste –la más pobre del país–, y que se expresa en las altas tasas de esterilización que registran los estados de esa región y la centro-norte (las más elevadas de

las autoras, de cara a los sentidos que ella moviliza, asociados con la compulsión o abusos con que pueden caracterizarse procesos que, hasta donde se sabe, no han tenido lugar en Argentina. En parte por ello, me inclino por referirme a esta intervención en términos de anticoncepción quirúrgica.

²⁷ El Código Penal Brasileiro (1940) en su artículo 129 establece como crimen –lesión corporal grave– la pérdida de órganos o funciones orgánicas.

Brasil).

Por otra parte, algunos estudios se refieren, más allá del interés económico, a la intención manifiesta de los médicos/as de contribuir, por esta vía, a evitar el aborto y reducir así la mortalidad femenina (Minella, 1998b), además de adherir a la perspectiva neomalthusiana y su postulada necesidad de regular el crecimiento demográfico a través del control de la natalidad sin dejarlo librado a la iniciativa individual (Barroso, 1984).²⁸

Este fue el contexto en el que se multiplicaron situaciones de abuso médico que hicieron que muchísimas mujeres de clases populares sin ser previamente debidamente informadas, y/o habiendo padecido los efectos secundarios de la anticoncepción oral – autoadministrada o prescripta pero sin un adecuado seguimiento médico– se inclinaron por un método permanente. La falta de la debida información y orientación, favorecida por la clandestinidad, es referida como uno de los factores asociados al “arrepentimiento” *a posteriori* de la cirugía, entre otros identificados, y señalado como un problema grave (Vieira, 2007; 1998), calculado entre el 10 y el 20% (Ludemir *et al.*, 2009).²⁹

La práctica de la cesárea a propósito de la realización de la ligadura de trompas – Minella (1998a) calculó esta asociación en el 80% de las ligaduras realizadas– contribuyó a los elevados índices de embarazos terminados en cesáreas.³⁰ Un estudio realizado en São Paulo destaca su prevalencia como un importante problema de salud pública, por cuanto un tercio de las muertes maternas se vinculan con la práctica de la cesárea (Volocho, 1992,³¹ Vieira, 1999a). No obstante, en un estudio conducido en Campinas (São Paulo), después de constatar que la cesárea es requisito para acceder a la ligadura –y que por ello depende de la capacidad de pago de la mujer– Janowitz *et al.* (1982) concluyen con propuestas que apuntan a facilitar el acceso a este método por parte de las mujeres pobres.

Carmen Barroso (1984) por su parte, acusa al estado por alinearse con intereses extranjeros y constituirse en el principal proveedor de la anticoncepción quirúrgica femenina

²⁸ También se menciona su accesibilidad como estrategia de campaña electoral de candidatos políticos a cargos electivos (Faúndes *et al.*, 1998).

²⁹ La prevalencia, naturaleza y factores del “arrepentimiento” analizados en estos y otros trabajos (Vieira, 1999b, 1998; Nervo *et al.*, 2000; Minella, 1998b, por mencionar sólo algunos) excede el alcance de esta presentación. Si bien la conceptualización y definición operativa de esta noción amerita un análisis detenido, cabe destacar que el “arrepentimiento” es una de las cuestiones más problematizadas por la literatura acerca de la práctica de la ligadura tubaria.

³⁰ Según Corral (1996) el 37% de los partos son hechos por cesárea, mientras que el máximo aceptado por la Organización Mundial de la Salud es del 15%.

³¹ VOLOCHKO, A., (1992) Mortalidade de Mulheres: Mortalidade Materna SUS 4, São Paulo. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

al tiempo que demoraba su reglamentación³² y, con ello, la posibilidad de una fiscalización que evite los abusos hasta aquí mencionados. De hecho, expone en ese trabajo, el Ministerio de Salud y el Consejo Federal de Medicina rechazaron una propuesta de legislación elaborada por el Congreso de Ginecólogos Brasileños en 1981 para permitir dicha intervención en caso de indicación médica y a voluntad de la paciente, y que establecía la necesidad de contar con el consentimiento consciente y de garantizar alternativas anticonceptivas.

En el apartado que sigue presento, a grandes rasgos, los actores e hitos que marcaron la disputa que culminó con la regulación formal de esta intervención en los países de referencia.

Camino a la regulación... y después

La explícita legalización de esta práctica,³³ y los criterios que definirían las circunstancias para su implementación, fue objeto de movilización y enfrentamiento entre distintos actores sociales.

En Brasil, además de la recién mencionada iniciativa, la reglamentación fue promovida también desde entidades controlistas –que pugnaron por transformaciones legales que habilitaran abiertamente su accionar– como por parte de organizaciones de mujeres, legisladores/as y miembros de la iglesia católica que denunciaron la expansión de esta práctica como fenómeno creciente de esterilización de mujeres pobres y negras (Geledés, 1991), y a edades cada vez más tempranas, buscando contener su reproducción. Sin embargo, Faúndes *et al.* (1998) señalan que diversos estudios muestran resultados encontrados en cuanto a la asociación de esta práctica con la renta y la escolaridad de las mujeres, e incluso hallan el mismo porcentaje de ligaduras realizadas por blancas y negras (Berquó, 1994).

Debido a esas denuncias, se crearon *Comissões Parlamentares de Inquérito* (CPIs), a partir de 1991, en distintos ámbitos. Más allá de la disparidad de conclusiones, éstas encontraron prioritaria la implementación de una política de salud reproductiva en el país. De los resultados presentados por la CPI del Congreso Nacional surgió el proyecto de ley que autorizaba a realizar gratuitamente cirugías de esterilización femenina e masculina a través del

³² Por su parte, propone una legislación a semejanza de la que por entonces regía en los Estados Unidos.

³³ Me refiero en estos términos porque entiendo que existían condiciones en las que la ligadura tubaria era realizable dentro de los esquemas legales previos de cada uno de los países aquí considerados, es decir, que no todas las operaciones hubieron debido ser llevadas a cabo en la clandestinidad. Por otra parte, quiero resaltar el efecto de despenalización de la provisión de esta práctica dentro de los requisitos fijados por las normas de las que me ocupo en este apartado.

sistema público (Correa, 1993,³⁴ en Faúnes *et al.*, 1998). La iniciativa política, a cargo de congresistas alineados con reivindicaciones del movimiento feminista, buscó poner coto a los abusos que se venían perpetrando en el país, al tiempo que recibió objeciones morales de la iglesia católica (Rocha, 1998,³⁵ en Alvarenga y Schor, 1998), en un contexto –año 1994, Conferencia de El Cairo– de legitimación de la ampliación de los derechos de las mujeres en torno a la consagrada noción de “salud reproductiva”.

Después de ser intensamente debatido, el proyecto fue sancionado en enero de 1996, aunque hasta agosto del año siguiente el artículo 10, sobre esterilización quirúrgica, permaneció vetado por el presidente –Fernando Henrique Cardoso– (Vieira, 2007) hasta que éste hubo reconsiderado su posición (Faúndes *et al.*, 1998). La aprobada ley 9.263, de planificación familiar, fue reglamentada a través de la *portaria* n° 144 en noviembre de 1997 (Vieira y Souza, 2009; Vieira *et al.*, 2005). A partir de entonces, los métodos anticonceptivos –incluidos los quirúrgicos– debían ser ofrecidos gratuitamente y con previo aconsejamiento, a través del sistema único de salud (S.U.S.).

En relación con los métodos quirúrgicos, esta ley establece que su acceso voluntario está permitido a hombres y mujeres con capacidad civil plena, mayores de 25 años o con al menos dos hijos/as vivos. Asimismo, exige el transcurso de 60 días mínimo entre la solicitud y la operación, período en el que se prevé brindar información y métodos de regulación de la fecundidad con consejería a cargo de un equipo multidisciplinario, buscando desalentar la “esterilización precoz”. Sin estas condiciones, se admite su realización sólo en caso de riesgo para la vida o la salud de la mujer o del “*futuro concepto*”,³⁶ con informe médico firmado por dos profesionales. Para el caso de las mujeres casadas, se exige consentimiento expreso de ambos cónyuges. Y se explicita la prohibición de practicar histerectomías con fines esterilizadores, y la de exigir, con cualquier propósito, tanto pruebas de esterilización como de embarazo.

En febrero de 1999, a través de la *portaria* 48, quedó prohibido realizar ligaduras durante el parto o aborto y hasta 42 días después de esos eventos, excepto en caso de sucesivas cesáreas anteriores, o bien cuando la exposición a otra cirugía representase un riesgo

³⁴ CORREA, S. (1993) PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 10: 3-11.

³⁵ ROCHA, M.I.B. DA (1998) Significados históricos e políticos da regulação da fecundidade. BATISTA, C. Y LARANJEIRA, M. (org). *Aborto: desafios da legalidade*. Recife, Cadernos SOS Corpo, 2: 41-76.

³⁶ Consulté por el sentido de esta noción a un juez brasileiro, quien interpretó que se refiere a futuras concepciones de la mujer. Esta cláusula aplicaría, entonces, en los casos en que la mujer pudiera transmitir patologías de orden genético que implicaran riesgo para la salud o la vida de su eventual descendencia.

de vida para la mujer (aunque, para este caso, no especifica cuántas cesáreas). Antes de detenernos en las prácticas concretas de los/as profesionales en torno a estas nuevas condiciones legales, veamos los sentidos que atravesaron el proceso de reglamentación de esta intervención en Argentina.

En este país, la revisión del ordenamiento legal de esta práctica fue promovida desde la militancia de mujeres, muchas de ellas feministas, insertas tanto en órganos legislativos como en entidades autárquicas del gobierno (como la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires), y con el apoyo de organizaciones civiles de mujeres. Fue desde esa Defensoría que, en el año 2000, tuvo lugar una iniciativa –denominada Consenso de Expertos sobre Ligadura Tubaria– de la que participaron especialistas de distintas disciplinas y posiciones ideológicas en torno a la práctica. La intención de esta agencia era la de arribar a recomendaciones para la reglamentación de esta práctica en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires a fin de evitar que, a mujeres con indicación médica para realizar esta práctica, se les exigiera autorización judicial y el consentimiento de su cónyuge,³⁷ prácticas comunes en los servicios públicos y consideradas discriminatorias en virtud de su facilitada accesibilidad en privado. Asimismo, se esperaba que la definición del procedimiento para proveer la ligadura tubaria contribuiría a desalentar temores de los/as profesionales a posibles demandas penales.

En ese espacio, la implementación del consentimiento informado, entendido como un proceso de comunicación inteligible para la interesada, fue acordada como herramienta tendiente a evitar la coacción y el abuso de poder, a pesar de contemplar situaciones de riesgo percibido por el/la profesional que no admitirían dilaciones (y en las que éstos/as podrían operar sin dicho consentimiento). También hubo acuerdo sobre la necesidad de elaborar un registro de “objeto de conciencia” para evitar un “doble estándar” en cuanto a la disposición profesional que se expresa en el rechazo de los pedidos en el hospital público, mientras se accede a ellos “en privado”, mediando el pago de honorarios.

Vale destacar la batalla discursiva planteada sobre la denominación de la práctica. Por un lado, la propia Defensoría se refirió a ella en términos de “método de infertilización” pasible de ser revertido en gran medida, aunque el procedimiento no estuviera garantizado en el sector público. Por otro lado, desde una posición más conservadora, se insistió en considerarla “esterilizante” (incluso denominarla “mutilante”) y se cuestionó el porcentaje de

³⁷ La condición de consentimiento del cónyuge es planteada por algunos actores de cara a la figura del “fraude moral”, del que podrían ser objeto los varones casados cuyas mujeres practicaran esta intervención a sus espaldas.

reversibilidad planteado, por considerar que era mucho menor que el sostenido desde esa agencia. Asimismo, se advirtió que la reglamentación propuesta tendría un impacto demográfico negativo para el desarrollo del país: se retomaba así el argumento pronatalista difundido algunas décadas atrás.³⁸

No obstante, allí se consensuaron recomendaciones que más tarde fueron tomadas por la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, al dictar la Resolución 874/03. Esta norma no modificó en lo esencial los requisitos legales para el acceso a la ligadura, aunque las condiciones resultaban ampliadas al establecer que los motivos que impidieran la adopción de métodos anticonceptivos transitorios podían ser de distinta índole, y no sólo por razones biomédicas.³⁹ Sin embargo, cabe destacar que esta norma no tuvo amplia difusión ni adhesión por parte de los servicios de salud, donde sus profesionales persistieron en la negativa de proveer esta práctica, o bien con la exigencia de condiciones *ad hoc*.

Los pronósticos de efectos negativos en el crecimiento demográfico y la posibilidad de reproducir localmente experiencias foráneas de campañas compulsivas de esterilización de pobres volvieron a escucharse en el congreso nacional cuando se discutió el proyecto de ley sobre anticoncepción quirúrgica (masculina y femenina).⁴⁰ Quienes apoyaban la iniciativa, apelaron al reconocimiento de “derechos personalísimos” en cuanto a la decisión sobre la capacidad reproductiva, la cantidad de hijos/as y el propio cuerpo, destacando las dificultades materiales que limitan las posibilidades de controlar la fecundidad de manera eficaz y segura en los sectores populares. Se argumentó que el aborto practicado en condiciones de suma precariedad se expresaba tanto en términos de morbilidad materna,⁴¹ como de impacto para la salud familiar, por las consecuencias que tendría la muerte de la mujer en sus hijos/as. Serían, se sostuvo, especialmente las mujeres pobres, con varios hijos y algunos años de vida

³⁸ Pero que, como se planteó en la introducción, forma parte del pensamiento poblacionista desde los albores del estado nacional.

³⁹ Como generalmente era entendida la inadecuación de los métodos anticonceptivos reversibles.

⁴⁰ Otros argumentos conservadores implican una suerte de “desplazamientos” en sus prácticas de resistencia. Así, se advirtió sobre la posibilidad de “arrepentimiento” y se cuestionó la no inclusión, en el proyecto, del acceso a cirugías de reversión, y se llamó la atención sobre las posibles consecuencias epidemiológicas que tendría la difusión de la anticoncepción quirúrgica: un aumento de los casos de ETS y VIH/sida y complicaciones quirúrgicas que llevaran a la muerte. Al mismo tiempo, se reclamó la inclusión de la “objeción de conciencia institucional”, propuesta que fue acusada de “ficción jurídica”, por considerar que la figura de “objeción de conciencia” sólo alcanza a profesionales individuales, al tiempo que se denunció que este reclamo encubría intereses económicos, puesto que la ley establecía la provisión gratuita de estas prácticas también en el subsector de seguridad social y de medicina privada.

⁴¹ En Argentina, desde hace varios años alrededor de un tercio de las muertes de mujeres gestantes obedece al aborto séptico (Ramos et al., 2004), siendo todavía hoy la principal causa de mortalidad materna, según los últimos datos de los que se dispone (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2009).

reproductiva por delante, muchas veces violentadas por sus parejas, las principales beneficiadas por el recurso a esta práctica una vez habilitada legalmente.⁴² 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/as, y más aún, si fueran mujeres jóvenes. 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.

El proyecto –surgido de propuestas elaboradas mayormente por legisladoras feministas– fue aprobado luego de un intenso debate pero dentro de los tiempos parlamentarios mínimos a mediados del año 2006, en una sesión que –expresando el impulso oficialista a la iniciativa– contó con la presencia en el recinto del ministro de salud. La ley sancionada –26.130/06– habilita el acceso gratuito en todos los subsectores a la anticoncepción quirúrgica para personas capaces y mayores de edad que soliciten formalmente la práctica y que brinden su consentimiento por escrito, habiendo sido informadas previamente. Habida cuenta de las resistencias, esta norma explicita que no requiere ni consentimiento del cónyuge ni autorización judicial (excepto cuando se trate de personas declaradas judicialmente incapaces). Y al tiempo que reconoce el derecho profesional a la “objeción de conciencia”, aclara que esto “no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata” (art.6).

A continuación presento las principales tensiones identificadas en torno a las nuevas reglas de juego, algunas de las cuales serán profundizadas, en el apartado subsiguiente, a través del caso etnográfico.

Viejas y nuevas tensiones

Para el caso brasilero, el tiempo que debe transcurrir entre la solicitud y la realización de la intervención –condición fijada en la ley a los efectos de prevenir que la mujer sea coaccionada para operarse– es una de las cláusulas que más cuestionamientos y resistencias generó entre los/as profesionales, según surge de algunos estudios (Osis *et al.*, 2009; Vieira y

⁴² Este “perfil” se sostiene, en parte, en las escasas estadísticas disponibles, que surgen del sector público de algunas provincias que ya tenían reglamentadas estas prácticas.

Ford, 2004). Estos trabajos señalan, además de cierto desconocimiento de las normas entre los/as profesionales, el distanciamiento entre los términos que éstas establecen y su implementación, y una acusada ausencia de monitoreos. Del primero de estos trabajos surge que la prohibición de realizar la ligadura al momento del parto es objetada con el argumento de que perjudica a las mujeres que tengan a su bebé por vía vaginal, puesto que las obliga a pasar por una intervención quirúrgica que, por ser postergada, aumenta las chances de resultar embarazadas sin desearlo en ese período de tiempo (Osis *et al.*, 2009). Del segundo de esos trabajos, cabe destacar la persistencia de la realización de ligaduras en la clandestinidad, adjudicada a la incapacidad del sector público para atender la demanda (dada por dificultades de organización y escasez de recursos materiales y profesionales entrenados), y a la mayor ventaja económica de este mercado para los médicos/as (Vieira y Ford, 2004).

Otros cuestionamientos a la nueva reglamentación se expresan en torno a la edad y a la cantidad de hijos/as exigidas de mínima (Osis *et al.*, 2009). En este sentido, el trabajo de Berquó y Cavenaghi (2003) –un estudio realizado en el año 2000 en seis ciudades-capitales de estado– encontró que los parámetros establecidos por ley para estos criterios eran impugnados por los directores de hospitales centros de salud que fueron entrevistados, quienes argumentaban que las personas debieran ser mayores y tener una descendencia más numerosa al momento de operarse. Los médicos alegaron que así se evitaría la esterilización de mujeres muy jóvenes, proceso que según ellos estaba teniendo lugar, lo cual generaba altas tasas de arrepentimiento.⁴³ Esta reticencia se cristaliza, incluso, en algunos municipios que dictaron normas locales que resultan más restrictivas que la propia ley federal. Según relevaron estas autoras, lo más frecuente es la exigencia simultánea de los criterios de edad y cantidad de hijos. También se procede a la elevación de los valores para esos criterios (comúnmente a 30 años y a 3 hijos) y se suman situaciones no exigidas por la ley (condición socioeconómica y estabilidad conyugal).

Por su parte, el trabajo de Carvalho *et al.* (2007) muestra que el perfil de la población que accedió a la anticoncepción quirúrgica antes y después de su regulación legal no varió significativamente, mientras que Vieira *et al.* (2005) verificaron la adecuación a la ley en cuanto a la edad mínima y el tiempo de espera, al tiempo que encontraron una tendencia a la creciente participación masculina en anticoncepción expresada en el aumento de vasectomías

⁴³ Las autoras, por su parte, se contraponen a esta percepción citando trabajos que resaltan la falta de evidencia al respecto: HARDY, E.; BAHAMONDES, L.; OSIS, M. J.; COSTA, R. G. & FAÚNDES, A. (1996) Risk factors for tubal sterilization. Regret, detectable before surgery. *Contraception*, 54:159-162, y VIEIRA, E. M. & FORD, N. J. (1996) Regret after female sterilization among low-income women in São Paulo, Brazil. *Family Planning Perspectives*, 22: 32-37.

solicitadas y realizadas.

En cuanto a implementación de la consejería previa, de acuerdo con el estudio de Vieira y Ford (2004), ésta queda mayormente en manos de mismos profesionales que proveen la práctica,⁴⁴ lo que los autores denuncian como una falta de ética puesto que, como cobran por ella, tendrían intereses creados en su provisión.

A primera vista, algunas de las formas de resistencia profesional relevadas por la bibliografía revisada para el caso brasilero, contrastan con los modos más frecuentes en que los/as profesionales argentinos que se desempeñan en servicios públicos de salud se posicionan frente a la nueva regulación formal de la ligadura tubaria.

En este país, organizaciones de mujeres, legisladoras y periodistas feministas continúan denunciando el rechazo, muchas veces encubierto –con el argumento de la falta de insumos o de reglamentación de las normas vigentes– que sigue siendo respuesta común a los pedidos de mujeres que quieren ligarse las trompas en muchos centros asistenciales.

Así, las dificultades experimentadas por las mujeres de sectores vulnerables para acceder a esta práctica persisten, como destacan otros trabajos exploratorios de naturaleza cualitativa (Perrotta y Luciani Conde, 2011; Gianni y Zamberlin, 2008). Perrotta y Conde (2011) abordan los factores que afectan la accesibilidad a la anticoncepción quirúrgica – masculina y femenina– a través de entrevistas a profesionales que se desempeñan en los subsectores público y de la seguridad social del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires y de la ciudad de Mendoza. Pasados algunos años de la sanción de la ley 26.130/06, encuentran que si bien esta norma genera cierta sensación de seguridad legal, en el sector público aún existe confusión sobre su aplicabilidad, argumento con el que los/as profesionales suelen negarse, cuando no se resguardan en la “objeción de conciencia” básicamente por motivos confesionales (aunque encuentran que es cada vez menos frecuente esta apelación). Asimismo, señalan que la solicitud de esta práctica por parte de las mujeres es objeto de un fuerte cuestionamiento –en contraposición con la frecuente aceptación de los pedidos de vasectomía–, y que éstas encuentran dificultad para acceder a la operación cuando no reúnen condiciones que ameriten su prescripción médica.⁴⁵

Desde una perspectiva socioantropológica, y a través de entrevistas en profundidad

⁴⁴ En su estudio, el 88% de las mujeres ligadas había sido orientada por el mismo profesional que las operó, y tomaron la decisión estando embarazadas.

⁴⁵ Aunque los autores no cuestionan los fundamentos de la prescripción médica, entiendo que ésta contiene elementos valorativos que deben ser considerados, como analizo más adelante.

semi estructuradas, Gianni y Zamberlin (2008) estudiaron las opiniones de mujeres que accedieron a la ligadura y de profesionales vinculados/as a su implementación en servicios públicos de la ciudad de Buenos Aires. Allí destacaron el acceso desigual a la ligadura tubaria entre mujeres de diferentes estratos sociales y la disponibilidad o buena voluntad de ciertos/as profesionales a realizarla, en contraste con las resistencias de sus colegas, justificadas por el temor a ser objeto de demandas penales. Por el contrario, me permito sostener que este argumento –el aludido temor a ser demandados/as– constituye una estrategia discursiva que se asienta en construcciones sociales de orden clasista,⁴⁶ puesto que es expresado para referirse a las mujeres más pobres: sólo ellas aparecen como portadoras de cierta tendencia al litigio y hasta movidas por ánimos ventajistas (de cara al resarcimiento económico que obtendrían en reparación por el daño civil imputado) una vez que, con una nueva pareja –circunstancia en ocasiones referida como expresión de “promiscuidad”– se hubieran arrepentido de la decisión antes tomada, transfiriendo así la responsabilidad al profesional.

En el servicio público “de referencia”, donde hice trabajo de campo, el porcentaje de ligaduras realizadas en los años 2005 y 2006 representó el 4% y el 5% del total de nacimientos en esos años, respectivamente,⁴⁷ según consta en una ponencia del equipo de profesionales de ese servicio,⁴⁸ donde se resalta la estabilidad del porcentaje de prácticas realizadas, a pesar de la sanción de la ley nacional 26.130/06. Al mismo tiempo, el trabajo muestra que el perfil de las mujeres que accedieron a la práctica –en cuanto a la edad y la cantidad de hijos/as al momento de la operación– tampoco había variado antes y después de la sanción de la ley. Más allá de que puede suponerse la existencia de cierta demanda acumulada de esta práctica en los servicios públicos –debido a la práctica instalada de rechazar los pedidos de las mujeres o desviarlos hacia carriles burocráticos y judiciales–, en esa ponencia se plantea la hipótesis de que la demanda estaría motorizada en buena medida por organizaciones de mujeres locales, con las cuales el servicio en cuestión tiene estrechos vínculos (debido a la trayectoria militante de la directora del hospital). No obstante, entiendo que las señaladas tendencias –también

⁴⁶ Por otra parte, cabe mencionar que incluso en un servicio al que se le reconoce su carácter pionero en cuanto a la disposición a realizar esta intervención, la referencia en estos términos también fue expresada en relación con casos en los que, argumentando razones biomédicas –no por ello libres de connotaciones morales–, los/as profesionales se mostraban reticentes o abiertamente contrarios a realizar la operación solicitada.

⁴⁷ De ellas (182 en total) casi el 62% fue realizada junto a una cesárea, el 30% inmediatamente después del parto, y el resto sin estar asociada al embarazo. La edad media de las mujeres que se operaron era de 34,5 años (entre 22 y 47), y tenían, en promedio, 6 hijos/as (de 0 a 14 hijos/as).

⁴⁸ Ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, agosto de 2007.

halladas, como se vio, en el caso brasilero— en cuanto a la proporción y las características de las mujeres que llegan a la ligadura una vez que esta intervención fue expresamente legalizada,⁴⁹ obligan a considerar las prácticas y los sentidos que organizan las rutinas profesionales en torno a la administración cotidiana de su acceso. Para ello, en el próximo apartado analizo los modos en que se despliegan las actividades de “consejería en anticoncepción” en el servicio “de referencia” y, entre ellas, las que refieren a la ligadura tubaria.

La “consejería en anticoncepción” en el servicio “referente”

El servicio “de referencia” es efector del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante PSSyR) desde que éste fue lanzado en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires en 1987, constituyéndose en la primera experiencia oficial en el país basada en el reconocimiento de las personas a decidir sobre sus pautas reproductivas y en el deber del estado de posibilitar los medios para ejercer ese derecho, a través de información y asistencia en anticoncepción. El servicio dispone de un consultorio especializado en “consejería para ligadura” en el marco del consultorio de salud reproductiva, dedicado a la “consejería en anticoncepción”. Con la intención explícita de reforzar un modelo de atención basado en la prevención y la “optimización de las oportunidades” a partir del contacto de la población con el sistema de salud, las actividades de “consejería en anticoncepción” son realizadas también por las parteras como parte del “curso para el parto” y en la sala de la maternidad.⁵⁰

Asimismo, la rutina de atención durante la “consejería en anticoncepción” incluye la prescripción de estudios de laboratorio y ginecomamarios para la detección de enfermedades, sin que esto dilate la prescripción de un método anticonceptivo, así se trate de la primera consulta de una mujer que quiere adoptar un método: éste es prescrito sin contar con los resultados de los estudios⁵¹ que, de todas formas, se solicitan *a posteriori*.⁵²

⁴⁹ Vale resaltar que, para ambos países, el perfil de las mujeres se adecúa a los criterios establecidos legalmente.

⁵⁰ Sala donde están internadas tanto las mujeres que parieron como las que atravesaron un aborto.

⁵¹ Papanicolau y colposcopia para el DIU, análisis de laboratorio para las píldoras anticonceptivas.

⁵² Esta modalidad —y el hecho de que licenciadas obstétricas (parteras) con especialidad en salud reproductiva estén habilitadas a prescribir métodos— todavía es objeto de controversia en la tocoginecología, ya que una perspectiva médica más conservadora sostiene la necesidad de contar con los estudios antes de adoptar un método que debe ser indicado por un/a profesional médico. La promoción de la adopción de medidas anticonceptivas constituye la estrategia privilegiada para la prevención de la mortalidad materna por aborto explicitada por parte de gestores de programas de salud vinculados al gobierno local y nacional. En esta línea, se sugiere fuertemente supeditar el alta médica de mujeres hospitalizadas por aborto en curso, más que a los parámetros clínicos que suelen fijarse para ello, a la realización de la “consejería en anticoncepción”, “*porque eso es hacer prevención*”. Así lo planteó el coordinador del Programa de Atención Posaborto de la Dirección

El espíritu que caracteriza la “consejería en anticoncepción” según lo expresaron los/as profesionales, coincide con la modalidad en que generalmente ésta transcurre en las consultas, según pude observar, donde éstos/as intentan ser respetuosos y “neutrales” en cuanto a las opciones en anticoncepción. Sobre todo cuando se trataba de una “consulta de primera vez” a este consultorio, los/as profesionales dedicaban 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 dé más confianza.

No obstante, como toda consulta médica, la consejería se da en el marco de una relación asimétrica en la que los/as profesionales detentan el recurso legítimo del saber (Lupton, 1997). A partir de esta posición están en condiciones de orientar –o elegir no hacerlo– la decisión de las mujeres que atienden de diversas y más o menos sutiles formas. En este sentido, son significativas, además de la omisión de ciertas opciones, la no mención de los efectos adversos de algunos métodos, que podrían desalentar su elección.

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 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 implicaba la posibilidad de cambiar de método si el que hubieran adoptado no les resultara cómodo o les trajera algún inconveniente. Una profesional vinculó la escasa mención dada a la ligadura durante la “consejería en anticoncepción” con el tiempo que requiere alterar las rutinas profesionales: para el caso de las opciones quirúrgicas, la relativa novedad con que su acceso fue habilitado,⁵³ explica la continuidad de un relato profesional que, al exponer los diferentes métodos anticonceptivos, rara vez hace lugar a la mención de estas opciones. Pero también se refirió a la “sensación” –en sus propios términos– de estar promoviendo la elección del método hacia una práctica sin retorno. Así, en relación con una intervención radical como la

Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de Nación, y médico de guardia del servicio “de referencia”, durante una jornada del curso anual que el PSSyR ante profesionales efectores. Aunque no pueda entenderse literalmente la jerarquización de criterios propuesta, su comentario reforzaba la estrategia mencionada para evitar que vuelvan a recurrir al aborto.)

⁵³ Hacía menos de un año que regía la ley 26.130/06 cuando inicié el trabajo de campo en el servicio.

ligadura tubaria, la sola acción de informar adquiere un sentido adicional –el de “hacer apología”– sentido no asociado a la mención de los otros métodos anticonceptivos sistemáticamente ofrecidos.⁵⁴

No obstante, tanto al ser entrevistados/as, como en su desempeño cotidiano –tal como surge de mis observaciones– los/as profesionales encuentran “conveniente” la ligadura tubaria para determinadas mujeres, a las que se refieren con la categoría nativa de “candidatas”: aquellas para las que un próximo embarazo implica 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, aunque hayan terminado en partos vaginales) y/o patologías preexistentes (padecimientos coronarios, renales, diabetes, etc.). La posibilidad de recurrir a esta práctica permanece, entonces, asociada a los criterios en los que comúnmente se basaba la “indicación terapéutica” antes legalmente requerida. Estos criterios remiten al saber técnico de la biomedicina desde el que se establece el “riesgo clínico” al tiempo que encubren valoraciones sociomorales. Asimismo, los/as profesionales no dudan en ofrecer y practicar la ligadura a instancias de la cesárea cuando, ya en el quirófano, “descubren” que un próximo embarazo implicaría un cierto riesgo para una mujer que tiene varios hijos/as. En tales circunstancias, justifican que se pase por alto el tiempo de meditación que, reconocen, amerita una decisión irreversible, como prácticamente lo es la ligadura para quienes se atienden en el sector público. La inclinación a realizar la ligadura en esas condiciones, aun cuando reconocen que no son las adecuadas para que la mujer exprese un genuino consentimiento, obedece a una racionalidad técnico-moral que define la emergencia o la “urgencia médica”, al tiempo que la prioriza por sobre la decisión de la mujer.⁵⁵

Al mismo tiempo, una de las circunstancias que implican mayores tensiones en la práctica profesional, es aquella protagonizada por las “paracaidistas”. Con este término, los/as profesionales se refieren –ridiculizándolas a través del absurdo de la imagen así evocada– a las mujeres que “caen” al servicio a parir y en ese momento solicitan que se les realice la ligadura a instancias de la cesárea que se les practicará por criterio profesional, o incluso

⁵⁴ La mención de la vasectomía como una alternativa anticonceptiva para la pareja fue todavía más excepcional. Los/as profesionales apelaron a la falta de hábito en la atención de varones al responder sobre la rarísima mención de esta práctica. Si bien escapa al propósito de esta presentación, quiero llamar la atención sobre este argumento, puesto que la referencia al otro método de empleo masculino –el preservativo– es infaltable. La prevención del VIH/sida obviamente justifica el énfasis en este método, pero al considerar el tipo de información que se brinda a unos y otras al mencionar las opciones quirúrgicas, se manifiestan construcciones sociales que pueden contribuir a explicar esta diferencia (que puesta en números de cirugías realizadas es impactante: hacia mediados de 2008, en este hospital se habían realizado 5 vasectomías y más de 200 ligaduras).

⁵⁵ Para quien, por ejemplo, podría ser peor, luego, saberse ligada que en peligro, caso volviera a embarazarse.

piden explícitamente su realización para poder llevar a cabo la ligadura en el mismo acto quirúrgico. En estos casos, de no constatar el mencionado riesgo, la rutina implica “*cerrar y volver a abrir*”, es decir, postergar la ligadura con el argumento de que una decisión tan radical debe ser meditada. Sin embargo, los/as profesionales no están en condiciones de aseverar la naturaleza de esa decisión. Lo que se hace evidente es que desde los criterios corrientes para ellos/as la ligadura no resulta “conveniente”.

Así, prácticas tan dispares como la de realizar la ligadura durante una cesárea en circunstancias definidas como “urgencias” sin contar con el debido consentimiento de la mujer, y como la recién mencionada, encubren la subordinación social y técnica de las mujeres a la hegemonía del saber biomédico (Menéndez y Di Pardo, 1996). Es en esa relación que el lapso de tiempo, que los/as profesionales reconocen indispensable para tomar una decisión trascendente como la de ligarse las trompas, es manipulado de modo diferencial: sólo se impone cuando la decisión expresa de la mujer de practicar la ligadura no encuentra eco en el criterio profesional. Cuando ésta es la situación, la dilación es la estrategia más frecuente (en menor medida, se recurre a una interconsulta). En este sentido, la postergación del momento de entrega del consentimiento informado y de la “hoja de ruta” junto a la prescripción de los estudios prequirúrgicos de rutina, tal como observé durante las consultas, constituye un modo de proceder profesional. Por el contrario, tratándose de una “candidata” a la ligadura, esta documentación es entregada en la primera consulta con motivo de la solicitud de esta práctica.

La mencionada “candidatura” también es asociada a la noción de “riesgo reproductivo” o “riesgo social”, nociones que remiten más abiertamente a las condiciones materiales y simbólicas moralmente aceptables (al tiempo que las distingue de las que no lo son) para ejercer la maternidad. Luego, toda vez que la mujer no presenta ninguna de estas características, la “paridad cumplida” –al decir de los/as profesionales–, es decir, el hecho de tener algunos hijos/as, es el criterio que habilita el recurso a esta práctica. De hecho, cabe 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.⁵⁶

Así, sea que apelen al “riesgo clínico” o al “riesgo social” o “reproductivo”, los/as profesionales priorizan la supervivencia del cuerpo a ser intervenido, considerando la protección del organismo-mujer que desempeña funciones maternas, es decir, en tanto que

⁵⁶ Aún cuando cada vez más se disponen a realizar esta práctica a mujeres con cierto “riesgo” ante futuros embarazos.

es madre (es común que se refieran a las terribles consecuencias que su muerte tendría para los hijos/as que ya tienen). Cuando no se puede apelar a ninguno de tales “riesgos”, la noción del “arrepentimiento” –que asume la “*naturaleza maternal femenina*”, en términos de una profesional entrevistada– obtura esta alternativa en anticoncepción. No obstante, ésta constituye una opción admisible por los/as profesionales de este servicio cuando se trata de mujeres en las cuales aplican la noción de “paridad cumplida”, es decir, que ya han sido madres (esto es, siguiendo los “factores de arrepentimiento”⁵⁷ contemplados en el protocolo interno para la provisión de la ligadura tubaria, que tienen al menos dos hijos/as).

Estas rutinas expresan la vigencia de prácticas que surgen de la esencialización de la identidad femenina asociada con una inclinación maternal inmanente. Esta representación se manifiesta tanto en la dilación o la negación por parte de los/as profesionales de la realización de esta técnica, como en el ofrecimiento o prescripción de esta práctica a fin de asegurar la supervivencia de una mujer-madre. Así, todas estas prácticas conllevan el control del género en pos de la adecuación de los cuerpos y la sexualidad femenina a la matriz heterosexual reproductora (Butler, 2003).

Comentarios finales

La regulación jurídica de las prácticas asistenciales en materia de salud sexual y reproductiva se revela producto de una trama de disputas de la que participaron diversos actores sociales. En los dos casos considerados en este trabajo –Brasil y Argentina– la adopción por parte del estado de medidas tendientes a garantizar la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de la población a través del acceso a métodos que permitan de manera segura y sin coacción decidir sobre el propio cuerpo y regular su capacidad reproductiva, fue motorizada por el movimiento de mujeres. Sus reivindicaciones, entre las que se incluye la demanda de reglamentación oficial de la anticoncepción quirúrgica femenina, fueron visibilizadas durante los respectivos procesos de recuperación de la democracia.

En el marco de estos procesos, los modos de disponibilidad de la ligadura en uno y otro caso exhiben, como se vio a lo largo del trabajo, algunas similitudes y varias diferencias. Entre las primeras, se cuentan: un esquema legal originalmente restrictivo y su acceso restringido con carácter de privilegio a través del mercado clandestino de prácticas médicas, al

⁵⁷ Los otros “factores de arrepentimiento” enunciados en ese dispositivo refieren a la edad (menores de 30); ningún hijo/a, todos los hijos/as del mismo sexo.

tiempo que una posición pública de la corporación médica que apelaba a la ilegalidad de este método, y fuertes resistencias profesionales a la regulación de sus prácticas asistenciales. Paralelamente, se observa la persistencia de esas prácticas –expresadas en la constancia de las características de la población que accede a estas intervenciones– para las cuales la modificación del estatuto legal de la práctica no representa un claro punto de inflexión. Esto revela, simultáneamente, el ejercicio en buena medida discrecional del poder biomédico, y una escasa fiscalización de sus prácticas por parte de las agencias estatales responsables. Por último, cabe resaltar la relación entre la cantidad de ligaduras y de vasectomías practicadas, con una abrumadora presentación de las primeras por sobre las segundas. Esta fue interpretada, sobre todo en la bibliografía del caso brasilero, mayormente como expresión de la desigualdad de género. Esos análisis exponen una fuerte preocupación por lo que se plantea como el despliegue de una política demográfica controlista que implicó avasallamientos diversos que tomaron por blanco los cuerpos de las mujeres. Así, los estudios resaltan las circunstancias que operaron como condicionantes –desde falta de opciones anticonceptivas y abusos médicos, hasta una valoración social positiva de la ligadura como método anticonceptivo eficaz– y que colaboraron con su rápida expansión, a la que muchos estudios asocian la importante caída de la tasa de fecundidad y las altas tasas de “arrepentimiento”, otra cuestión problematizada y abordada en Brasil. Todo lo cual contribuye a explicar varias de las pautas que la ley 9.263/96 establece para el acceso a la anticoncepción quirúrgica, al fijar mínimos en cuanto a la edad, la cantidad de hijos/as y el tiempo entre la solicitud y la operación. Asimismo, ésta parece recoger la experiencia de los denunciados abusos, al explicitar tanto la intención de “desalentar la esterilización precoz”, como la prohibición de practicar esta intervención a instancias del parto, y la histerectomía como modo de esterilización.

Por su parte, la ley 26.130/06, que reguló la anticoncepción quirúrgica en Argentina, revela un escenario de prácticas profesionales instaladas que, como se vio, lo diferencian del caso brasilero. Por una parte, la ligadura tubaria se fundó en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en el derecho a la “autonomía” en materia de sexualidad y reproducción y, aún cuando las voces feministas más radicales estuvieron lejos de hegemonizar los debates parlamentarios, sí hicieron mella al formular la potestad ineludible acerca del propio cuerpo: la ley lo cristaliza al explicitar que no requiere autorización ni consentimiento del cónyuge. Asimismo, enfrentando opiniones conservadoras, la letra de la ley tampoco establece una edad o cantidad de hijos/as mínima para acceder a este

método y, si bien hace lugar al derecho a la “objeción de conciencia”, establece la obligatoriedad institucional de brindar esta práctica a fin de garantizar su acceso a quienes estén interesados/as.

Por otro lado, huelga recordar que en este país fue el reconocimiento de las consecuencias epidemiológicas del aborto inseguro –tanto para la salud y la vida de las mujeres como para la “salud familiar”– lo que habilitó, en primera instancia y todavía en un contexto sociopolítico adverso al control de la natalidad, los métodos anticonceptivos modernos –reversibles–, y más tarde las alternativas permanentes o definitivas. Así, la apelación al “derecho a la salud” y a la “salud familiar” (que se vería afectada, según se acostumbra argumentar, por la muerte de la mujer), vienen a justificar la necesidad de garantizar su supervivencia. Y es, sobre todo, el hecho de tener hijos/as –en todos los casos las mujeres que solicitaron la ligadura de sus trompas eran madres– lo que, en buena medida, torna meritoria la protección de la salud y la vida de la mujer a través del acceso a un método anticonceptivo permanente como la ligadura.

Así, el problema del aborto constituye el contrapunto en el que se fundamenta el acceso a la ligadura tubaria. Abona esta hipótesis el hecho de que, en el servicio “de referencia”, la profesional que tuvo la iniciativa –y el compromiso efectivo– de incorporar al servicio de ginecología como prestador de esta intervención para mujeres que no están embarazadas al momento de solicitar la práctica sea una declarada objetora de conciencia para el aborto, en virtud de sus convicciones religiosas. Asimismo, el principal apoyo al protocolo para la provisión de la ligadura tubaria desde el Comité de Bioética –órgano hospitalario típicamente conservador en materia de prestaciones en salud sexual y reproductiva– es el cura católico que lo integra, quien si bien desafía la postura hegemónica de la iglesia católica, funda su decisión en valores religiosos que personalmente abraza: el aborto resulta inadmisibles porque constituye un “crimen contra la vida”, y puede ser evitado a través del recurso a la ligadura. Algunos estudios brasileros muestran una fuerte asociación entre el uso de métodos más seguros y actitudes más negativas hacia el aborto, y encuentra una tendencia, entre las mujeres con esta actitud, a ser esterilizadas más jóvenes (Vieira, 1999a). En Argentina, esta cuestión permanece sin ser explorada y espero, en el futuro inmediato contribuir a llenar este vacío a través de la aproximación etnográfica a las trayectorias reproductivas y anticonceptivas de mujeres que recurrieron a la anticoncepción quirúrgica.

Al mismo tiempo, la apertura en relación a esta intervención pudo señalar un límite al persistente reclamo por el derecho al aborto, puesto que la legalización/despenalización del

aborto reivindicada por el movimiento de mujeres del país sigue constituyendo una demanda insatisfecha, no sólo porque aún cobra vidas y salud entre las mujeres (sobre todo las más pobres) sino porque continúa constituyendo una limitación para disponer de nuestro cuerpo.

Así, si bien las prácticas del aborto y de ligadura tubaria se encuentran vinculadas desde la lógica preponderante de la salud pública, ambas prácticas contienen también otros sentidos, disputados por diversos actores sociales. El proceso de debate abierto en torno a la legalización del aborto constituye una oportunidad histórica para consolidar algunos de ellos, al tiempo que consagrar un derecho tan postergado para las mujeres en estos países.

Referencias bibliográficas

ALVARENGA, A. T. DE Y SCHOR, N. (1998). Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Saúde e Sociedade*, 7(1), 87-110.

BARROSO, C. (1984). Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Revista de Saúde Pública*, 18, 170-180.

BERQUÓ, E. (1993). Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, 1(2), 366-381.

_____ (1994). Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 11, 19- 26.

BUTLER, J. (2003). *Problemas de gênero. Feminismo e Subversão da Identidade*. Río de Janeiro: Civilização Brasileira.

CARNEIRO, F.; Y WERNECK, J. (1992). Planejamento familiar e atraso. *Teoria e Debate*, 17, 46-50.

CARVALHO, L. E. C. DE; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G.; BENTO, S. F. Y MANFRINATI, M. (2007). Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2906-2916.

CARVALHO, M.L. Y SCHOR, N. (2005). Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev. Saúde Pública*, 39(5), 788-794.

CEDES (2003) *Salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: salud pública y derechos humanos*. Notas Informativas CEDES nº 1, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Mimeo.

CITELI, M. T.; SOUZA, C. DE M. Y PORTELLA, A. P. (1995). Revezes da anticoncepção

entre mulheres pobres. *19º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais*. Caxambu. Mimeo.

CORRAL, T. (1996). Controle de população no Brasil: o fracasso de um “sucesso”. Scavone, L. (Org.) *Tecnologias reprodutivas. Gênero e Ciência..* São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 99-111.

DE OLIVEIRA, E. A. A. Y HOGA, L. A. K. (2005). The Process of Seeking and Undergoing Surgical Contraception: An Ethnographic Study in a Brazilian Community. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(5), 5-14.

DEL RÍO FORTUNA, C. (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, Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

_____ (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 en Ciencias Sociales y Salud, Buenos Aires: FLACSO/CEDES. Mimeo.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (2009). *Estadísticas Vitales 2008*. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, DEIS, Ministerio de Salud de la Nación, Serie 5(52).

FAÚNDES, A.; COSTA, R. G.; PÁDUA, K. S. Y PERDIGÃO, A. M. (1998). Associação entre prevalência da laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 14(supl.1), 49-57.

FELITTI, K. (2009). *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias*. Tesis de doctorado, Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Mimeo.

GELEDÉS, Instituto da Mulher Negra (1991) *Esterilização: Impunidade ou Regulamentação?* São Paulo: Geledés, Série Cadernos, 2.

GIANNI, M. C. Y ZAMBERLIN, N. (2008). Experiencias, opiniones y prácticas acerca de la ligadura de trompas. Un estudio exploratorio en el servicio de obstetricia de un hospital general de agudos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Actas del IX Congreso de Antropología Social. “Fronteras de la Antropología”*. Posadas: Departamento de Antropología Social, Programa de Postgrado en Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones.

- JANOWITZ, B.; HIGGINS, J. E.; CLOPTON, D. C.; NAKAMURA, M. S. Y BROWN, M. L. (1982). Access to Postpartum Sterilization in Southeast Brazil. *Medical Care*, 20(5), 526-534.
- LUPTON, D. (1997). Consumerism, Reflexivity and The Medical Encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373-281.
- MENÉNDEZ, E. Y DI PARDO, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México D.F.: Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.
- MINELLA, L. S. (1998a). A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos anos 90: um debate em aberto. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 15(1), 3-22.
- _____ (1998b). Aspectos positivos e negativos da esterilização tubaria do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(supl.1), 69-79.
- NARI, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires 1890-1940. Buenos Aires: Biblos.
- OSIS, M. J. D.; CARVALHO, L. E. C. DE; CECATTI, J. G.; BENTO, S. F. Y PÁDUA, K. S. DE (2009). Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 625-634.
- OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; SOUSA, M. H.; DUARTE, G. A., BAILEY, P. (2003). Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), 1399-1404.
- PERROTTA, G. Y LUCIANI CONDE, L. (2011). Salud sexual y reproductiva y acceso a la anticoncepción quirúrgica: cuestiones emergentes en el discurso de los profesionales de salud. *Actas de las IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Area de Salud y Población, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. 10 al 12 de agosto de 2011. Disponible on line: <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php>.
- PIROTTA, K. C. M. Y SCHOR, N. (1999). Carências e desejos: estudo sobre a opção pela esterilização entre mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo, em 1992. *Saúde e Sociedade*, 8(2), 33-57.
- RAMOS, S.; ROMERO, M.; KAROLINSKI, A.; MERCER, R.; INSUA, I. Y DEL RÍO FORTUNA, C. (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- RAMOS, S.; PETRACCI, M.; SZULIK, D. Y DEL RÍO FORTUNA, C. (2004). Monitoreo del

programa de salud reproductiva y procreación responsable de la ciudad de Buenos Aires: la perspectiva de las usuarias y los profesionales. *Actas de II Congreso Nacional de Políticas Sociales*. Mendoza: Asociación Argentina de Políticas Sociales/Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, 15 al 17 de septiembre de 2004. En CD-ROM.

RAMOS, S.; GOGNA, M.; PETRACCI, M.; ROMERO, M. Y SZULIK, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

SERRUYA, S. (1996). *Mulheres esterilizadas: submissão e desejo*. Belém: NAE/UFPA/UEPA.

TORRADO, S. (1993). *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Buenos Aires: Ed. de la Flor.

URBANDT, P. Y BOSTIANCIC, M. C. (2008). *Esterilización femenina y derechos reproductivos. Libertad de acción vs. libertad de decisión*. Mar del Plata: EUDEM.

VIEIRA, E. M. (2007). O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 29(3), 225-229.

_____ (1999a). Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization? *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 739-747.

_____ (1999b). O arrependimento após a esterilização cirúrgica: é possível prevenir? *Reprod Clim*, 14(4), 178-184.

_____ (1998). O arrependimento após a esterilização feminina. *Cad. Saúde Púb.*, 14(supl.1), 59-68.

VIEIRA, E. M. Y FORD, N. J. (2004). Provision of female sterilization in Riberão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1201-1210.

VIEIRA, E. M. Y SOUZA, L. (2009). Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Riberão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 393-404.

VIEIRA, E. M.; FÁBIO, S. V.; GUELERI, W.; PICADO, M. P. Y SOUZA, L. (2005). Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1785-1791.

VILLELA, W. Y BARBOSA, R. (1995). Opções contraceptivas e vivencias da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 30(5), 452-459.