

Cuadernos de Antropología Social

Cuadernos de Antropología Social

ISSN: 0327-3776

cuadernosseanso@gmail.com

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Río Fortuna, Cynthia A. del
El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad
responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo
Cuadernos de Antropología Social, núm. 25, 2007, pp. 169-188
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180914246009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo¹

Cynthia A. del Río Fortuna*

RESUMEN

En un contexto de reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos en la ciudad de Buenos Aires, el acceso a la ligadura de trompas de Falopio (o ligadura tubaria) constituye uno de los límites en cuanto al contenido y alcance efectivo de derechos que hacen particularmente a la ciudadanía de las mujeres. En este trabajo se analizan algunas actuaciones iniciadas entre los años 2000 y 2005 ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, por parte de ciudadanas/os que buscan acceder a la realización de esta práctica en los servicios sanitarios públicos de la ciudad. La revisión de los expedientes generados a lo largo de este circuito de demanda –a partir de las nociones de biopoder y biolegitimidad– permite identificar las lógicas con las que operan los diversos actores sociales en este campo particular de la política pública.

Palabras Clave: Derechos sexuales y reproductivos, Ligadura tubaria, Biolegitimidad, Biopoder, Género

ABSTRACT

In a context of legal recognition of sexual and reproductive rights in the City of Buenos Aires, the access to tubal ligation effectively limits the contents and real reach of the rights constituting women's citizenship. In this article we analyze some of the claims presented from 2000 to 2005 in the Office of the Ombudsman of the City of Buenos Aires regarding the realization

* Licenciada en Ciencias Antropológicas UBA. Becaria de CONICET. Proyecto F041 UBACyT y PIP 5858 CONICET. Programa de Antropología y Salud, dirigido por Mabel Grimberg, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Dirección electrónica: cynthiadrf@gmail.com. Fecha de realización: octubre de 2006. Fecha de entrega: noviembre de 2006. Fecha de aprobación: junio de 2007.

of tubal ligation procedures in the public health services of the City. A review of the files generated through this demand circuit from the point of view of biopower and biolegitimacy lest us identify the logics with which the different social actors operate in this particular field of public policy.

Key Words: Sexual and reproductive rights, Tubal ligation, Biolegitimacy, Biopower, Gender

RESUMO

Em um contexto de reconhecimento legal dos direitos sexuais e reprodutivos na cidade de Buenos Aires, o acesso á ligadura das trompas de Falopio (ou ligadura tubária) constitui, á luz da análise, um dos limites enquanto ao conteúdo e efetivo alcance dos direitos que se referem particularmente á cidadania das mulheres. Neste trabalho são analisadas algumas atuações iniciadas entre os anos 2000 y 2005 por cidadãs/os perante a “Defensoria del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires” (Órgão de Defesa Pública) com a finalidade de possibilitar o acesso á realização dessa prática dentro dos serviços de saúde que são oferecidos á população. A revisão do trabalho gerado durante todo este circuito de demanda –a partir do conhecimento dos conceitos de biopoder e biolegitimidade– permite identificar a lógica utilizada pelos diversos atores sociais neste campo particular da política pública.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos, Ligadura Tubária, Biolegitimidade, Biopoder, Gênero

INTRODUCCIÓN

Diversos instrumentos² reconocen la vigencia de los derechos reproductivos (y a veces mencionan también los derechos sexuales)³ en la ciudad de Buenos Aires. Los principales son la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del año 1996; la Ley Básica de Salud N° 153/99 y la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable N° 418/00, con las modificaciones introducidas por la Ley 439/00. En ellos se postula que aquellos derechos, garantizados a través de la información, la educación, los métodos y las prestaciones de servicios (Ley 153, art. 14, y Ley 418, art. 3, inc. a), implican el ejercicio de la maternidad y paternidad responsables (Constitución, art. 21, inc. 4), y se los presenta “como derechos humanos básicos” que les aseguran a las personas la posibilidad de “decidir responsablemente sobre la

procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos” sin coerción ni violencia (Constitución, art. 37).

Sin embargo, el derecho a decidir tener hijos o no y cuándo tenerlos a través de la adopción de un método anticonceptivo se encuentra limitado, en principio, por la vigencia de las Leyes 418 y 439, las cuales además de establecer el carácter reversible, transitorio y no abortivo que deben tener los métodos, enumeran aquellos que pueden ser prescriptos, sin incluir las opciones quirúrgicas (ni ligadura de “trompas de Falopio” o ligadura tubaria, ni vasectomía). Por tratarse de intervenciones esterilizantes, estas opciones están reguladas a nivel nacional⁴ por la Ley 17.132/67, que reglamenta el ejercicio profesional de la medicina, la odontología y las actividades de colaboración. Según lo establece esta ley, las opciones quirúrgicas sólo son practicables con fines terapéuticos y luego de haber “agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores” (art. 20, inc. 18); además, dado que se trata de operaciones mutilantes, exigen la conformidad del paciente (art. 19, inc. 3). No obstante lo expuesto, y aun concurriendo la indicación terapéutica, el acceso a la práctica de la ligadura tubaria ha sido históricamente obstaculizado por la exigencia de autorización judicial por parte de los profesionales de la salud (Maffía, 2001), incluso cuando la citada ley, en su art. 19, inc. 4, menciona la prohibición de intervenir quirúrgicamente sin autorización judicial sólo cuando esto provoque el cambio de sexo del paciente.

En este contexto normativo, entendemos que el acceso a la ligadura de trompas, en tanto intervención quirúrgica que provoca la infertilidad femenina, constituye uno de los “nudos” problemáticos de los derechos sexuales y reproductivos, y supone limitaciones al ejercicio concreto de estos derechos por parte de las mujeres, limitaciones que también están presentes en la norma específica que regula la administración de esta práctica en el ámbito sanitario de la ciudad de Buenos Aires: la Resolución 874/03 de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad.⁵ Esta resolución retoma explícitamente las conclusiones a las que arribó un Consenso de Expertos sobre el tema (impulsado por la Defensoría, pero realizado de manera conjunta con la citada Secretaría) y establece que las solicitudes de ligaduras tubarias deben ser tratadas y resueltas de acuerdo con el reconocimiento de los “derechos reproductivos como derechos humanos básicos” (art. 37 de la Constitución local), y con las normas que regulan el ejercicio profesional. Asimismo, dictamina que la intervención quirúrgica constituye una “opción excepcional a adoptarse en los casos en que los métodos anticonceptivos no puedan ser utilizados por la mujer debido a difi-

cultades de orden físico-clínico y/o psicológico y/o social”; que debe contar con una “indicación terapéutica precisa por parte de/la médico/a o equipo interdisciplinario de salud tratante, basada en pronósticos que indiquen un riesgo a la vida o a la salud entendida como una integralidad bio-psico-social”, y con el consentimiento informado de la mujer. Dicho esto, se agrega que no requiere autorización judicial, “ya que es una decisión que se encuentra en el ámbito de la esfera personalísima de la mujer y en relación directa con el/la médico/a o equipo interdisciplinario de salud tratante”.⁶

El problema del acceso a la práctica de la ligadura de trompas ha sido abordado a través de la revisión de trámites iniciados entre los años 2000 y 2005 ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires⁷ por mujeres y/o sus parejas con el objeto de acceder a su realización. El material aquí analizado constituye una selección del que fuera reunido mediante una búsqueda en la base de datos de la Defensoría.⁸ Las entrevistas en profundidad y las charlas informales mantenidas con personal de la institución durante el transcurso del trabajo permitieron revelar ciertas lógicas en el tratamiento de este tema por parte de éstos y de otros agentes.

El trabajo de búsqueda de archivo se llevó a cabo entre los meses de mayo y septiembre de 2006, por lo que se decidió que el período de análisis incluyera hasta el año 2005. Si bien el sistema informático contiene los trámites iniciados en 1998, se consideraron aquellos abiertos desde el 2000, cuando entró en vigencia –después y en medio de un intenso debate– la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, ley específica orientada a garantizar el “ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos” (art. 3, inc. a), aunque para ese entonces tales derechos ya eran reconocidos, de una forma u otra, en la Constitución local y en la Ley Básica de Salud.

La búsqueda en la base de datos arrojó un total de 75 actuaciones para el período 2000-2005. De todas ellas, 34 fueron estudiadas a partir de los documentos “cargados” en el sistema (sólo los elaborados por la Defensoría) y 20 fueron revisadas exhaustivamente mediante el acceso a los expedientes físicos, desarchivados por pedido nuestro.

A continuación, partiendo de reflexiones sobre la noción foucaultiana de biopoder, que implica un enfoque político del cuerpo y el gobierno de las poblaciones, se expone el análisis del material recogido. En él, se intenta mostrar de qué forma el acceso a la ligadura constituye un caso particular de la administración política del acceso de las mujeres al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Por el recorte establecido –pero en realidad desde mucho an-

tes— se puede observar cómo, a partir de la solicitud de esta práctica, el cuerpo femenino se torna objeto de un atento tratamiento asistencial y administrativo (y en ocasiones judicial); se analizan los recursos y las estrategias desplegados por los distintos actores sociales —mujeres demandantes y/o sus parejas, profesionales de la salud, personal de la Defensoría—, y las representaciones con las que todos ellos participan en este campo vinculado con ciertos derechos que afectan de forma particular el ejercicio de la ciudadanía por parte de las mujeres.

LA EXPOSICIÓN DEL CUERPO (O LA APELACIÓN A LAS NECESIDADES VITALES)

La pregunta que guió el análisis del material reunido podría ser formulada de la siguiente manera: ¿cuáles son las dimensiones relevantes o los aspectos significativos que justifican, si no la realización de una práctica quirúrgica que produce la infertilidad femenina, al menos su solicitud? Dicho en otras palabras, ¿quiénes son las mujeres que pueden *legítimamente* pedir la ligadura de sus trompas?

La lectura de la carátula de las actuaciones, donde se expone brevemente el motivo o tema de los trámites, constituye un primer momento en el abordaje de los casos.⁹ Sistemáticamente aparecen ciertos elementos que se pueden incluir dentro de los ejes que se detallan a continuación (aunque con frecuencia se presentan combinados elementos de uno y otro):

- Diversas cuestiones de salud/enfermedad: problemas de salud de la mujer (en algunos, asociados a la imposibilidad de usar ciertos métodos anticonceptivos), padecimientos físicos, tanto preexistentes como concurrentes con el estado de embarazo (caso de diabetes gestacional o hipertensión arterial agravada en estado de gravidez), enfermedades transmisibles por vía materna (VIH, patología genética);

- Los denominados “antecedentes obstétricos”: número de hijos, embarazos, partos, cesáreas (para la medicina, este último constituye un factor de riesgo obstétrico, según lo referido por funcionarias de la Defensoría y según se desprende de los informes médicos hallados) y detalle del momento de la gestación en curso (si es el caso).

- “Por prescripción médica”: este tópico aparece en menor medida y es el más difícil de “certificar”, ya que es absolutamente extraña la presentación de un certificado médico donde conste la prescripción médica de la ligadura,¹⁰

mientras que abundan documentos que “confirman” los antecedentes referidos por las/os demandantes en torno a los dos primeros ejes;

– Dificultades económicas –de ingresos o vivienda– que exigen limitar el tamaño de la familia.

Los malestares psicológicos aparecen en los formularios completados por las mujeres al iniciar el trámite y/o en las entrevistas con personal de la Defensoría; este dato es vertido después en los oficios y resoluciones¹¹ emitidos por este organismo, y en ocasiones, acompañado por un informe médico que sostiene tal versión. A modo de ejemplo:

Formulario llenado de puño y letra por la demandante: “(...) los médicos me aconsejan hacer el trámite lo mas urgente que pueda porque yo me siento muy mal anímicamente y psicológicamente porque los médicos me dijeron que se podría complicar en la operación (...)”.

Certificado psicológico emitido por servicio público: “Estado de ánimo depresivo. Intento de suicidio fallido (se tiró frente a un coche que la esquivó) ingirió Alplax (10 pastillas) hace 3 meses cuando se entera que está embarazada (...) Ideas suicidas recurrentes que teme no poder controlar. Angustia frente a la pérdida de control de la agresión con sus hijos (a los que nunca les pegó, según refiere). Insomnio, pérdida de apetito. Ansiedad. Antecedentes de 6 cesáreas. Fue derivada por el Consultorio de Alto Riesgo de Obstetricia”.

Oficio emitido por la Defensoría, dirigido a la Dirección del hospital: “De acuerdo con la presentante, estaría cursando el cuarto mes de su séptimo embarazo, presentando severos trastornos físicos y psíquicos, por lo que peticiona la práctica de una ligadura tubaria a fin de evitar los graves riesgos que un futuro embarazo le ocasionaría” (Actuación de referencia 11.602/01).

La salud mental merece una observación de tipo diagnóstica por parte del personal de la Defensoría, el cual considera que la manifestación de un trastorno o una alteración psicológica, si es constatado por un especialista, constituye un antecedente “favorable” para la realización de la ligadura. Así lo refirió la empleada responsable del tratamiento de las actuaciones iniciadas con este motivo:

[Respecto de una mujer que había solicitado ligadura y no había accedido por diversos motivos] “(...) tampoco se mostró muy perturbada por un nuevo embarazo, cuando otras mujeres se ponen como locas, se muestran muy angustiadas ante esa posibilidad, hasta hablan de matarse (...)”¹² (Registro, 09/05/06).

Sin embargo, lo más frecuente es que apenas se contemple la salud física.¹³ Los informes médicos manifiestan con claridad que la indicación terapéutica sólo considera el estado físico-clínico, y las diferencias de diagnóstico y prescripción del tratamiento entre los especialistas de la salud se dirimen sin consideración alguna de la voluntad de la mujer (con la que luego se perdió contacto, según consta en la Resolución 2630/05 sobre actuación 5676/03). A continuación, se incluyen los citados informes:

Informe del médico cardiólogo: “En razón de su enfermedad valvular, su comunicación interventricular y de las dos endocarditis padecidas, aunque un embarazo no está absolutamente contraindicado, implicaría un alto riesgo para su salud, siendo la anticoncepción lo preferible, ya sea masculina o –eventualmente– la ligadura tubaria de acuerdo a la preferencia de la paciente. Lo que sí tiene es contraindicación para el uso de dispositivos intrauterinos como contracepción, por el riesgo de infección, no siendo aconsejable tampoco la contracepción hormonal (...)”.

Informe del Jefe de la División Ginecología: “(...) la ligadura de las trompas solicitada por la paciente no es método más apropiado para su condición. Si bien, por sus antecedentes oncológicos se aconsejó evitar el embarazo hasta 2 años después de la cirugía, por el tiempo restante hasta recuperar la normalidad, es conveniente la adopción de otro método. *Los demás antecedentes clínicos no constituyen suficiente razón para una práctica quirúrgica tan drástica (...)*” (el resaltado es nuestro).

La situación económica, cuando evidencia dificultades, además de anunciarse en la carátula es ampliamente desarrollada en el formulario que los/as mismos/as demandantes llenan de puño y letra, y que, en ocasiones, abre el expediente y constituye el contexto en el que se insertan tanto la salud y la enfermedad como las relaciones familiares. En el formulario, los/as demandan-

tes destacan su responsabilidad por el cuidado de la salud de los hijos. En ese sentido, puede leerse:

“Me dirijo a ud. con el propósito de efectuar ligamiento de trompas a mi esposa. Nosotros tenemos 4 hijos menores y en estos momentos mi esposa esta esperando el 5 hijo. El embarazo vino con algunas dificultades que poco a poco se van superando y mi esposa presenta diabetes que se encuentra en tratamiento (...) Hoy mis 4 hijos gozan de muy buena salud pero ya no queremos arriesgar ni la vida de una criatura ni la de ella. Yo me encuentro trabajando por changa es decir que soy un desocupado más. Mi esposa se esta haciendo atender por su embarazo en materno infantil Sarda y nosotros pedimos si se podía hacer un ligamiento de trompas y dijeron que si pero necesitaban la orden de un juez (...)” (Actuación 2777/02).

En contraste con estos testimonios, es inusual que las dificultades de orden económico sean evocadas en los documentos emitidos por la Defensoría. A pesar de la relevancia que muestra esta dimensión en los relatos espontáneos de los/as demandantes, este organismo omite mencionarla en los oficios y resoluciones, y en su lugar se refiere casi exclusivamente a la situación clínica de las mujeres en cuestión. De este modo, incorpora las limitaciones del modelo biomédico e incluso llega a dar por concluidas actuaciones sin necesidad de participar a otros agentes: éste es el caso que tuvo por protagonistas a dos jóvenes mujeres solicitantes de la ligadura, que habitaban una casa tomada, con cuatro y cinco hijos respectivamente. Las resoluciones de ambas (504/06 y 511/06 sobre actuaciones 6048/05 y 6049/05) expresaban que las demandas habían sido resueltas a través de la oferta y la aceptación de otro método anti-conceptivo, y que cada una de las demandantes había manifestado “(...) no tener problemas de salud, no haber utilizado todos los métodos anticonceptivos disponibles, ni tener inconvenientes físicos, psicológicos o sociales para su uso”. Y concluían: “Dado que su caso no cumple con los requisitos exigidos por la normativa vigente (Resolución 874/03 de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) personal de esta Área recomienda a la vecina concurrir a un efector público y realizar una consulta médica respecto de un método anticonceptivo adecuado a su circunstancia”.

En situación de entrevista, la empleada a cargo de la gestión de estas solicitudes expuso los fundamentos de la decisión:

“Estas chicas, además de no haber usado otros métodos, no tenían una situación familiar problemática ni altamente precaria, excepto por lo que implica tener cuatro, cinco pibes, y vivir en una casa tomada, sus parejas estaban ocupadas (...) tampoco se mostraron muy perturbadas por un nuevo embarazo, cuando otras mujeres se ponen como locas, se muestran muy angustiadas ante esa posibilidad, hasta hablan de matarse (...)” (Registro del 09/05/06).

Por el contrario, al revisar los expedientes es frecuente encontrar informes, elaborados sobre todo por profesionales de trabajo social (y en raras oportunidades por profesionales de la medicina), que dan cuenta del aspecto socioeconómico y se basan en ellos, entre otros elementos de juicio, para justificar la realización de la ligadura. A modo de ejemplo:

[describe un grupo familiar compuesto por el matrimonio y cinco hijos, en espera del sexto; vivienda de material, chapas de zinc y cartón, dos habitaciones; único ingreso familiar de \$450] “Evaluación social: el matrimonio es unido y tienen una actitud responsable con respecto a la crianza (cuidado y contención de los niños) por tanto se considera oportuno dar una respuesta favorable a dicho pedido” (Informe social del CESAC, sobre actuación 2969/01).

Paralelamente, y siempre que haya problemas en la implementación de métodos anticonceptivos convencionales, la recuperación de la trayectoria anticonceptiva constituye una estrategia regular por parte de la Defensoría, pocas veces utilizada espontáneamente por las mujeres. En la medida en que la ligadura es considerada una opción excepcional (esta conceptualización se desarrolla más adelante), las dificultades experimentadas para adoptar otras formas de regulación de la fertilidad –también confirmadas por la autoridad médica– constituyen un argumento indispensable en la justificación de la demanda.

La información recogida en torno a los mencionados ejes (antecedentes obstétricos, problemas de salud, dificultades en la adopción de métodos anticonceptivos) es volcada en el oficio y luego retomada en la formulación de la resolución con que culmina el trámite. A través de los oficios se suele solicitar: 1. diagnóstico de acuerdo con la historia clínica de la mujer (y copia de aquélla); 2. Informe, si la ligadura tubaria es la indicación terapéutica del caso (si no, se indican las razones que impedirían tal práctica); 3. informe sobre la evaluación clínica, antecedentes obstétricos y psicológicos de la paciente.

Entonces, no sólo entre los/as profesionales de la medicina se observan las limitaciones intrínsecas de la mirada biomédica (Esteban, 2006), entre cuyos principios fundamentales (manifestados en el caso aquí tratado) se cuentan la noción de enfermedad como desviación de la norma biológica, la dicotomía cuerpo/mente, y la presunción de neutralidad, basada en el discurso científico y tecnológico de la medicina (cuando –coincidimos con Conrad [1982]– ésta refleja el orden moral de la sociedad). Siguiendo la propuesta de Esteban (2006), intentamos superar estos supuestos a partir del análisis de las relaciones entre salud y género.

En principio, se puede observar cómo diversas agencias ejercen un poder sobre la vida a través de la administración, la vigilancia y el control de los cuerpos, en clave de lo que Foucault (2002) dio en llamar *biopoder*. Éste implica una sociedad fuertemente normalizadora, que se realiza a través de un *continuum* de aparatos (institución judicial, médica, administrativa) y mecanismos reguladores, vueltos aceptables por medio de la producción legislativa y jurídica; estos mecanismos invaden la vida y vuelven la sexualidad objeto de intervención política, económica, ideológica, moralizadora.¹⁴ Encontramos que los discursos y las prácticas médicas y administrativas (el tratamiento judicial excede el presente análisis, aunque en el material revisado se retoman discursos de algunos magistrados) constituyen mecanismos de regulación de la sexualidad a través de la administración del acceso a una práctica particular. Si bien es el saber médico el que opera con una modalidad de poder experto y productivo (Foucault, 2002), éste se articula con la instancia administrativa –no sin tensiones– en pos de la normalización de los comportamientos de la población; en este caso, de la sexualidad y la reproducción de las mujeres.

Por otra parte, tanto a partir de la retórica (fragmentaria) de las/os demandantes como de la del personal de la Defensoría y los profesionales de las instituciones de salud, ambas expuestas en los expedientes, es posible traer a la discusión la noción de *biolegitimidad* planteada por Fassin (2002, 2001, 2000). Con este término, Fassin se refiere a la vigencia, en la política contemporánea, de un orden moral en el que el plano de lo biológico, representado por el *cuerpo sufriente*, constituye la fuente última de legitimidad,¹⁵ situada por sobre el reconocimiento de las relaciones sociales, políticas y económicas. De este modo, distingue el *biopoder*, como poder *sobre* la vida, de la *biolegitimidad*, en tanto poder *de* la vida (Fassin, 2003). Desde este enfoque, observamos que la gestión de las solicitudes de ligadura tubaria privilegia la puesta en escena del malestar o del cuerpo sufriente, acreditado, en última instancia, por la autori-

dad médica. Puede advertirse, entonces, el despliegue de una racionalidad que sienta la legitimidad de la solicitud (y luego, quizás, el acceso) de esta práctica en la alteración –física y/o psicológica– de la mujer, al reconocer como argumentos válidos los que enfatizan el sufrimiento o el riesgo. Al respecto, cabe indagar y abordar etnográficamente cuáles son los efectos de esta dinámica de poder que implica un tipo particular de sujeción para las mujeres, a partir de la incorporación de la pauta de presentación de sí en tanto víctimas y no como titulares de derechos. Si se acepta la vigencia de un orden de biolegitimidad, se puede sostener que una de sus estrategias procura la normalización de los cuerpos (femeninos) vía la sujeción a un orden que subraya el sufrimiento como condición para la concesión de derechos.

En este sentido, y a partir de las presentaciones revisadas, resulta extremadamente raro (sólo registramos un caso) que quien demanda fundamente su solicitud en el derecho a decidir de manera autónoma sobre la propia reproducción y el propio cuerpo, lo cual coincide con el hallazgo de Fassin (2003) acerca de la infrecuente apelación a la “justicia” o reivindicación de derechos.¹⁶

En coincidencia con la creciente psicologización y despliegue de “políticas de compasión” que Fassin y Memmi (2004) identifican como complemento de las lógicas burocráticas tradicionalmente aplicadas a poblaciones indiferenciadas, encontramos la gestión individualizada llevada adelante por una agencia administrativa como la Defensoría a partir de la apertura de trámites personales, que es el modo de tratamiento característico de los ámbitos médico y jurídico. En esta lógica se inscribe el privilegio del que goza el reconocimiento del sufrimiento individual, a la vez que se soslaya –y refuerza– la vigencia de un orden político de relaciones de género, caracterizado por la dominación del cuerpo y la sexualidad femenina.

Hay que destacar aquí la especificidad que cobra la subordinación femenina en función de la intersección de la condición de género con otras diferencias, lo cual configura modos específicos de subordinación. En este caso, se trata de mujeres relativamente pobres cuyos cuerpos, sexualidad y reproducción están siendo definidos, observados y normalizados por discursos expertos en ejercicio de un poder reconocido como legítimo, y que, si bien se asisten en hospitales públicos, cuentan con los recursos necesarios para llegar a pedir la intervención de un órgano de control.

A continuación, se analiza con mayor detalle el despliegue de algunos de los fundamentos esgrimidos por la Defensoría en las resoluciones, que dan cuenta de la lógica que se viene exponiendo.

DERECHO A LA SALUD (Y VALORIZACIÓN DE LA MATERNIDAD) VERSUS EL DERECHO A LA AUTONOMÍA

Las resoluciones son un valioso documento de análisis, ya que en sus extensos considerandos¹⁷ mencionan la normativa aplicable (jurisprudencia, doctrina, legislación nacional y local) y, tal como se vio en el apartado anterior, datos de la situación personal de la mujer que solicita la ligadura.

De sus considerandos, en primer lugar hay que señalar que la argumentación en función de la protección de la salud de la mujer se presenta acompañada de la necesidad de proteger a sus hijos (o la salud de ellos). En este sentido, se cita un fallo en el que, ateniéndose a la Ley 17.132, la jueza indicó la realización del procedimiento de ligadura tubaria a una mujer que contaba con la correspondiente indicación terapéutica, con el fin de “resguardar en debida forma su integridad psicofísica y, más aún, su propia vida, así como también la de los restantes hijos menores de la solicitante, que se verían seriamente afectados para el caso en que perdiera la vida su progenitora (...)”.¹⁸ Del mismo modo, se recurre a la doctrina para señalar que la responsabilidad de los profesionales médicos se vincula tanto con su intervención como con la omisión de ésta, “si de ello deriva un serio daño en la salud de la paciente y consecuentemente en la de sus hijos”,¹⁹ y se afirma que estas prácticas [ligaduras] “tienden a preservar la salud de la paciente y de sus hijos ya nacidos”.²⁰ Así, la supervivencia de la mujer es considerada como un medio para la supervivencia de los niños; dicho más crudamente, es el hecho de tener hijos –en todos los casos las mujeres que solicitaron la ligadura de sus trompas ya los tenían– lo que en buena medida justifica la protección de la salud y sobre todo de la vida de la mujer.

La normalización a la que nos referíamos opera mediante la naturalización de la capacidad reproductiva de la mujer, que se convierte en un mandato social basado en la biología –por ejemplo, a través de la construcción y apelación ideológica al “instinto maternal” (Giberti, 1994)–, al que se asocian ciertas actividades sociales también naturalizadas: en principio y claramente aquí, la capacidad y responsabilidad exclusiva por el cuidado de los/as hijos/as.

Entonces, además de la legitimidad de la verdad biológica inscrita en el cuerpo –y su internalización manifiesta en la apelación a necesidades vitales–, la naturalización de las relaciones familiares (sociales, históricas), especialmente aquella que liga a la mujer, en tanto madre, al cuidado y a la supervivencia de los/as niños/as, participa de la normalización de los cuerpos feme-

niños (y de la construcción de sujetas) y contribuye a limitar el reconocimiento de desigualdades de género a la vez que organiza la concesión de ciertos derechos.

Resulta interesante seguir el planteo de Reis Mota,²¹ quien entiende que, en un marco de principios jerárquicos y desiguales que conviven con principios igualitarios e individualistas (refiriéndose al sistema jurídico brasileño, pero lo mismo puede decirse de la organización sociopolítica y el sistema de relaciones de género aquí vigentes), la ciudadanía es, más que un beneficio universal, una concesión del Estado y sus agentes mediadores. Estos últimos se constituyen como los “legítimos detentadores de los mecanismos de administración de conflictos y producción de verdad, protegiendo los derechos de los ‘hiposuficientes’, de los no ciudadanos” (Reis Mota, 2005:187). Para ciertos grupos o individuos, el reconocimiento de los derechos “dependerá de la dimensión de la *consideración*²² que es atribuida a una persona o en relación a una identidad colectiva” (pág. 187). En el problema que nos ocupa, el acceso a la ligadura de trompas estaría dado por la consideración de la identificación de la mujer con la maternidad –construcción hegemónica de la identidad femenina en el Occidente moderno– y el desempeño de roles asociados a ella (León, 1995). Para viabilizar la continuidad de la mujer en esas actividades –sociales, pero ideológicamente naturalizadas– es posible, entonces, aceptar y conceder la realización de una práctica que, si no es revertida ni se recurre a técnicas de fertilización asistida, la dejará imposibilitada para tener más hijos.

Por otra parte, si bien para el período en que fueron dictadas las resoluciones analizadas tienen plena vigencia la Leyes 153, 418/439 y otros pactos y convenciones de rango constitucional nacional,²³ no se menciona de ellas más que el derecho a la salud integral, sin referencia alguna a los derechos sexuales y reproductivos que esas normas legales también consagran en términos del derecho a decidir libremente el número de hijos y cuándo tenerlos. De hecho, cuando se destaca la vigencia de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, se resalta la disponibilidad de diferentes anticonceptivos en los hospitales de la ciudad, de modo de enfatizar la excepcionalidad de la práctica de ligadura, reservada para cuando ninguno de ellos resulte eficaz.

Asimismo, aunque se menciona “el derecho a la autodeterminación sobre el propio cuerpo en el marco del derecho a la autonomía”, a fin de limitar la injerencia tanto de funcionarios judiciales y administrativos (a través de la exigencia de autorización judicial o solicitud de intervención de la Defensoría) como de los cónyuges, y con el argumento de que la decisión compete sólo a la

paciente, quien debe brindar su consentimiento por escrito contando con información adecuada y libre de coerciones, la administración del acceso a esta práctica en los casos individuales no se justifica en función de estos derechos, sino en términos del derecho a la salud, y se establece como requisito *indispensable* la “indicación terapéutica perfectamente determinada”. La preeminencia del derecho a la salud entre otros derechos sociales (y, más aún, de éste sobre los derechos civiles y políticos) es un rasgo que caracteriza el orden político contemporáneo que Fassin (2001) denomina biolegitimidad. El acceso a esta intervención quirúrgica (en tanto método reconocido como más fiable) con el propósito de mejorar el ejercicio de la sexualidad sin fines reproductivos queda bloqueado en la medida en que no concurra la mencionada indicación terapéutica, la cual, como se ha señalado, no suele considerar el malestar de la maternidad no deseada si éste no adquiere la forma de trastorno psicológico verificable por quienes ejercen el saber-poder legítimo.

A MODO DE CONCLUSIONES

Si retomamos ahora la pregunta acerca de quiénes pueden *legítimamente* demandar y acceder a la práctica de la ligadura tubaria, debemos considerar que se trata de una construcción tensa y contradictoria tanto de los derechos involucrados como de las mujeres que se constituyen en “merecedoras” a partir de las prácticas y discursos de los/as distintos/as profesionales que se desempeñan en los servicios sanitarios públicos de la ciudad (profesionales de la salud – médicos/as, psicólogos/as– en funciones asistenciales y directivas, licenciados/as en trabajo social), personal judicial y de la Defensoría del Pueblo, y las propias demandantes y/o sus parejas. En este contexto, la legislación que reconoce los derechos sexuales y reproductivos, y por consiguiente a la mujer como sujeto de derechos –para quien tanto la maternidad como su rechazo serían opciones libres de coerción y violencia–, se tensa contradictoriamente con normas que limitan el ejercicio de estos derechos. Encontramos que predominan discursos y prácticas que refuerzan la identidad femenina ligada al ejercicio de la maternidad y la responsabilidad por el bienestar familiar. Aun cuando el recurso de la consideración de la maternidad pudiera ser “estratégico” (es decir, cuando junto con otros argumentos esgrimidos pudiera hacer más factible el acceso a la práctica solicitada), consideramos muy limitada esta opción en cuanto no contempla como argumento legítimo y suficiente la voluntad de la mujer

de no tener (más) hijos.

Así, encontramos que el discurso que justifica el acceso a la intervención de la ligadura tubaria se organiza a partir del derecho a la salud, tanto en el ámbito sanitario como administrativo y jurídico, y desconsidera el recurso a esta práctica como modo de ejercicio del derecho de la mujer a decidir, por su propia voluntad, sobre su reproducción, como si esto no afectara, de modo singular e incommensurable, a su propio cuerpo. Esta concepción, que ilustra el régimen de biolegitimidad planteado por Fassin, se observa en el lugar preponderante que ocupa el cuerpo sufriente de la mujer –siempre que se pueda invocar la noción de malestar y/o riesgo para su salud y esto sea corroborado por la autoridad médica– a la hora de demandar (y frecuentemente de) conceder el acceso a esta práctica, cuyo fin formalmente enunciado, pero nunca esgrimido en los casos particulares, sería garantizar el goce del derecho a la autodeterminación sobre el propio cuerpo.

Por otra parte, se trata del cuerpo de la mujer *en tanto madre*. De ahí que el acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina resulte mediado por la construcción social hegemónica que identifica a la mujer como madre, responsable por la supervivencia de la prole, en ejercicio “responsable” de la sexualidad con fines reproductivos; responsabilidad que, como se ha visto, debe ser demostrada. Si bien esta construcción opera por naturalización, creemos que se trata de una lógica diferente en la medida en que adiciona un sentido positivo (frente al reconocimiento del rasgo negativo del sufrimiento, que, una vez que se manifiesta y constata, debe ser neutralizado) al considerar el desempeño por parte de la mujer de un rol social.

El análisis del acceso a la ligadura da cuenta del problema del poder que toma lugar en los cuerpos femeninos, cuerpos atravesados por el Estado mediante contradictorias normas y diversos agentes, y muestra crudamente la dificultad de confrontar (o al menos limitar) las expectativas sociales que hacen de toda mujer una madre en potencia.

NOTAS

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el VIII Congreso Argentino de Antropología Social. Ver del Río Fortuna, 2006.

² Las normativas citadas fueron obtenidas a través de la Secretaría Legal y Técnica

del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: www.buenosaires.gov.ar, a excepción de la Resolución 874/03 de la Secretaría de Salud del GCBA, provista por la Defensoría del Pueblo.

³ Esta distinción, junto con la valorización de la noción de responsabilidad incorporada en estas normas, fue discutida en un trabajo anterior: del Río Fortuna, C. (2005).

⁴ El período de análisis considerado es anterior a la reciente sanción de la Ley 26.130 (sancionada y promulgada en agosto de 2006), que garantiza el acceso a la contracepción quirúrgica en todos los efectores del sistema sanitario nacional, con la sola condición de que quien requiera la práctica manifieste su consentimiento informado.

⁵ Actualmente, esta dependencia tiene estatus de Ministerio.

⁶ Hay que señalar que, a pesar de que puede contribuir a allanar en alguna medida el acceso a la ligadura, aun con las condiciones que establece, y sobre todo puede evitar la necesidad de llevar su tratamiento a instancias judiciales, esta norma no ha sido publicada en el Boletín Oficial hasta la fecha.

⁷ La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires es un órgano de control, autónomo y autárquico (creado por la Constitución local, art. 137), con capacidad de, entre otras cosas, iniciar investigaciones sumarias y acciones judiciales en caso de violación de derechos, por acción u omisión; asimismo, sus resoluciones –fundamentadas jurídicamente– y oficios, si bien no son vinculantes, exigen, de parte de la autoridad interpelada, una respuesta acorde dentro de plazos fijados legalmente (Ley 3/98 de la ciudad). Los trámites iniciados se denominan “actuaciones”, y se numeran desde el 1 todos los años, según orden de apertura, con independencia de su motivo o tema. Aquí se utilizan indistintamente los términos actuación, trámite y expediente.

⁸ El acceso a la base de datos y a los propios expedientes fue obtenido a través de la presentación personal del proyecto al actual responsable del área de la Defensoría que tramita estos casos, y bajo compromiso de resguardar en el anonimato a las/os demandantes.

⁹ Si bien la redacción de la carátula está a cargo del personal del área de “atención de quejas”, es probable que recoja, al menos parcialmente, la presentación espontánea del motivo referido por las/os demandantes.

¹⁰ Así lo manifestó una de las empleadas entrevistadas. Sólo en uno de los expedientes revisados se halló la indicación de realización de “ligadura de trompas debido al alto riesgo obstétrico en futuros embarazos. Cinco cesáreas anteriores.”

¹¹ Los oficios son dirigidos a la dirección del hospital donde se atiende la mujer demandante; y las resoluciones, donde constan los fundamentos de las recomendaciones o las indicaciones, a veces indicando el cierre del expediente, son enviadas a los funcionarios públicos interpelados (director/a del hospital, secretario/a de salud) y a las mujeres que presentaron su demanda a la Defensoría. Sobre el carácter general de estos documentos, ver nota 7.

¹² Transcripción aproximada; dado que se trató de una charla informal, no fue registrada en grabador.

¹³ Sobre los diversos sentidos en que se entiende la “salud”, ver del Río Fortuna, C. (2006).

¹⁴ Estos aspectos fueron analizados en un trabajo anterior: del Río Fortuna, C. (2005).

¹⁵ Fassin asocia el fundamento de este régimen contemporáneo de legitimidad a lo que Agamben denomina “vida desnuda”, que coincide con la *zoé*, por oposición a *bios* (vida social, política), en la distinción aristotélica.

¹⁶ Nos referimos aquí a su análisis de las solicitudes de subsidios por parte de desocupados, y de regularización, en nombre de la razón humanitaria, entre extranjeros indocumentados.

¹⁷ El formato general de resolución durante la gestión anterior a la que se desempeñaba al momento de este estudio se extendía alrededor de 11 páginas. La gestión actual optó por una argumentación mucho más sintética (teniendo en cuenta la Resolución 874, que ya había entrado en vigencia durante la gestión anterior).

¹⁸ Magistrada a cargo del Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N.º 79. Citado en las resoluciones 222/02, 1750/02, 4902/02, 5626/02, 392/03, 482/03 y 5602/03.

¹⁹ Borda, Guillermo, *Tratado de Derecho Civil, Contratos*, Tomo II, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1971, págs. 62-66. Citado en las resoluciones que constan en la nota anterior.

²⁰ Mientras no se indique lo contrario, las citas de esta sección corresponden a las resoluciones enumeradas en la nota 18.

²¹ Si bien el artículo trabaja sobre casos etnográficos de grupos socialmente marginalizados (en Brasil) e involucrados en luchas por el reconocimiento del derecho a permanecer en las tierras que ocupaban, el análisis resulta inspirador para abordar el problema de la ciudadanía de las mujeres en relación con el derecho a la autonomía, entre otros.

²² El resultado es de Reis Mota.

²³ Se mencionan, entre otros, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la CEDAW (Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer).

BIBLIOGRAFÍA

Conrad, Peter (1982). "Sobre la medicalización de la normalidad y el control social". En: D. Ingleggy (comp.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Crítica, Barcelona, 129-154.

del Río Fortuna, Cynthia (2006). "Más allá (o más acá) de la ley: sentidos y prácticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires". En: *Actas del VIII Congreso Argentino de Antropología Social: Globalidad y diversidad: tensiones contemporáneas*, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta. Salta, 19 al 22 de septiembre de 2006.

del Río Fortuna, Cynthia (2005). "Reflexiones sobre el sentido de los derechos sexuales y reproductivos en la legislación de la Ciudad de Buenos Aires". En: *Actas de las I Jornadas de Antropología Social del Centro Bonaerense*. Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría, 7 al 9 de diciembre de 2005.

Esteban, Mari Luz (2006). "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". En: *Salud Colectiva*, vol. 2, N.º 1, Buenos Aires, 9-20.

- Fassin, Didier (2003). "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia". En: *Cuadernos de Antropología Social Nº 17*, Buenos Aires, 49-78.
- Fassin, Didier (2002). "La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compasión". En: *Évol Psychiatr*, vol. 67, 676-689.
- Fassin, Didier (2001). "The biopolitics of otherness". En: *Anthropology Today*, vol. 17, Nº 1, 3-7.
- Fassin, Didier (2000). "Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé". En: *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24, Nº 1, 95-116.
- Fassin, Didier y Dominique Memmi (eds.) (2004). "Le gouvernement de la vie, mode d'emploi". En: *Le gouvernement des corps*. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, París, 9-33.
- Foucault, Michel (2002). *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.
- Giberti, Eva (1994). "'Lo familia' y los modelos empíricos". En: Catalina Wainermann (comp.), *Vivir en familia*. UNICEF/Losada, Buenos Aires, 115-141.
- León, Magdalena (1995). "La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina". En: L. G. Arango, M. León y M. Viveros (comp.), *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Tercer Mundo Editores, Bogotá, 169-191.
- Maffia, Diana (2001). "Ciudadanía Sexual. Aspectos personales, legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos". En: *Feminaria*, Año XIV, N.º 26/27, Buenos Aires, 28-30.
- Reis Mota, Fabio (2005). "Conflictos, multiculturalismo y los dilemas de la democracia a la brasileña. Una etnografía de los procesos de reconocimiento de derechos en dos comunidades de Río de Janeiro". En: Sofia Tiscornia y María V. Pita (ed), *Derechos humanos, tribunales y policías en Argentina y Brasil. Estudios en Antropología Jurídica*. Antropofagia y Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 185-204.

Steedman, Carolyn Kay (1993). "La reproducción y su rechazo". En: M. C. Cangiano y L. DuBois (comp.), *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. CEAL, Buenos Aires, 145-159.