



Géneros y derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres. Una mirada desde el Trabajo Social.

Gisela Daiana Martínez ¹⁴

Resúmen: Este artículo aborda la problemática de los géneros vinculada al ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres, a partir del análisis de las características del servicio de ligadura tubaria bilateral en el hospital Ramón Santamarina de Tandil, desde la sanción de la Ley nacional de anticoncepción quirúrgica (2006) y a través del testimonio de sus protagonistas.

Palabras claves: Géneros, mujeres, derechos sexuales y (no) reproductivos, ligadura de trompas.

Abstract: This paper addresses a gender problem over women's exercise of their sexual rights and non reproductive sexual life. The aim of this work is to study the characteristics of the tubal ligation's service in Ramon Santamarina Hospital in the city of Tandil, since the enactment of the surgical contraception national law (2006) and through the testimony of its protagonists.

Key words: Gender, women's sexual rights, non reproductive sexual life, tubal ligation.

¹⁴ Licenciada en Trabajo Social – FCH, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Dirección de correo electrónico: gisela.d.martinez@gmail.com



Introducción

El presente artículo es resultado del trabajo de investigación de mi tesis de grado para la Licenciatura en Trabajo Social, cursada en la Facultad de Ciencias Humanas de la UNICEN.

Durante dicho proceso resultó de interés enfocarse en las características que presenta la provisión del servicio de ligadura tubaria bilateral en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Ramón Santamarina de la ciudad de Tandil, a partir de la sanción de la ley nacional de anticoncepción quirúrgica –Ley 26.130–promulgada y sancionada en agosto de 2006.

Se considera que el aporte desde el Trabajo Social se centra en la elaboración de teoría para la intervención, que surja de la práctica social “en su enfrentamiento metódico y persistente con la realidad” (Gallardo Clark, 1973: 5). En este sentido y ubicando la intervención profesional en el marco de las problemáticas derivadas de la producción y reproducción de la vida social de los sujetos sociales, surge la necesidad de “construcción de mediaciones teóricas que puedan servir como instrumento para la reconstrucción de las vivencias de estos grupos y de la realidad social como un todo” (Moljo, 2000:111).

Se pretende así que esta investigación resulte un insumo para ahondar en el análisis de la implementación concreta de la normativa vigente con respecto a la LT en el contexto local, como así también de las mediaciones que entran en juego al momento de garantizar el acceso a la misma.

También busca aportar recursos académicos a los esfuerzos de desnaturalizar las relaciones de asimetría entre los géneros y hacer visible la vulneración de derechos de las mujeres, en el marco de las relaciones sociales que se desarrollan en el contexto de las instituciones del Estado.

En función del carácter del objeto de la investigación se transitó el camino metodológico de la investigación cualitativa para la recolección e interpretación de los datos. En tal sentido, se efectuaron 5 entrevistas individuales y una de tipo grupal (con 3 participantes), todas semi-estructuradas, a mujeres adultas que solicitaron la práctica de LT en el servicio público de salud, entre el período 2006 a la actualidad. Se incluye a su vez, un caso de entrevista que fue incluida por ofrecer datos de gran valía en relación a la práctica desarrollada, previa a la sanción de la correspondiente Ley de 2006.

1- ENCUADRE TEÓRICO CONCEPTUAL.

Supuestos epistemológicos: investigación, conocimiento y cambio social



Para abordar el proceso investigativo se acudió al paradigma de pensamiento crítico. El mismo parte de entender el conocimiento como una construcción social cuyo fin es la comprensión, interpretación y problematización de la realidad -concebida como compleja y dinámica- a la luz de determinados conceptos y teorías.

Dicho proceso requiere el cuestionamiento constante de las pretensiones de objetividad y neutralidad científica de las principales herramientas de naturalización y legitimación del orden social (Gramsci, 1975; Lander, 2000).

En este sentido no entendemos el conocimiento como algo dado o acabado, sino como un proceso social que exige la acción transformadora de los seres humanos en el mundo (Gramsci, 1975: 128; Freire, 1994).

Así, como afirma H. Daniel Dei (2006) que sin la mirada entrenada del observador no hay descubrimientos, podemos agregar además que sin un análisis de la realidad desde un compromiso social y apelando al protagonismo de lxs implicadxs en el proceso no hay descubrimiento verdadero y transformador para la sociedad.

A su vez, dado que todo lo que existe como tal no se encuentra fijo o aislado en el universo ni existe de manera vacía, que la verdad no se muestra de manera directa a nuestra percepción y que desde la perspectiva dialéctica no interesan los fenómenos en su inmediatez, hacemos especial hincapié en la captación de la esencia de los mismos en su devenir, en su interacción en la totalidad y mediante la indagación mediada por la relación sujeto-objeto (Gramsci, 1975: 219; Bloch, 1949; Samaja, 1988).

Se entiende que a través de los conceptos “ordenamos el mundo empírico, pero esta ordenación no tiene por qué corresponder necesariamente a una estructura objetiva de la realidad” (Mayntz, Holm y Húber; 1975:14). Justamente, en relación al tema central que aborda el presente trabajo, las definiciones conceptuales y proposiciones teóricas existentes sobre géneros y derechos sexuales y (no) reproductivos son las herramientas con las cuales abordar e interrogar la realidad, permitiendo que la misma realidad demande y vaya buscando también su propia teorización y, a partir de allí, construir explicaciones que permitan comprender y conocer el mundo circundante. En esta relación dialéctica entre teoría y práctica se evidencia “un movimiento de mediación: mediación de la experiencia por la teoría y de la teoría por la experiencia” (Samaja, 2004: 147).

Se reconoce, asimismo, la indiscutible relación de unidad existente entre subjetividad y objetividad. La realidad social jamás consiste únicamente en datos objetivos, el hecho concreto, sino también en las percepciones que lxs sujetos tienen sobre los mismos (Gramsci, 1975: 273; Freire, 1994: 71).



Género y sistema patriarcal

El concepto de género ha sido introducido en la teoría feminista en la década de los '70, abriendo camino a la indagación sobre el carácter desigual de las relaciones que se desarrollan entre los géneros y la multiplicidad de mecanismos de opresión y dominación masculina sobre las mujeres.

Recuperamos inicialmente el concepto de género ofrecido por Judith Butler:

El género no es a la cultura lo que el sexo es a la naturaleza; el género también es el medio discursivo/cultural a través del cual la 'naturaleza sexuada' o 'un sexo natural' se forma y establece como 'prediscursivo', anterior a la cultura, una superficie políticamente neutral sobre la cual actúa la cultura (Butler, 2007: 56).

El aporte de esta autora con el concepto de performatividad del género resulta muy valioso. Sexo y género como constructos socioculturales que se producen a partir de enunciados y actos performativos.

En palabras de la autora: "lo que consideramos una esencia interna del género se construye a través de un conjunto sostenido de actos, postulados por medio de la estilización del cuerpo basada en el género" (Butler, 2007: 17). Es decir que el género es performativo porque se sostiene en un acumulado de actos naturalizados y formas del lenguaje que suelen repetirse hasta producir o generar un "tipo de género".

Asimismo -y aquí otro aporte sustancial-, el acto performativo significa para Butler el canal de subversión de la heteronormatividad porque antes de naturalizarse o de adscribirse a la ley heteronormativa por medio de la repetición, el acto abre la posibilidad a nuevas significaciones. Precisamente "la noción de performance de Butler sirve a la comprensión de una identidad de género en movimiento" (González Vázquez, s/f: 6).

Retomamos, a su vez, algunos aspectos del marco conceptual desarrollado por la teoría feminista socialista, al considerarse que se trata de una herramienta crítica útil para analizar los mecanismos del sistema patriarcal en cada una de sus muy variadas configuraciones históricas y culturales.

Desde esta perspectiva, se sostiene que el problema de la desigualdad entre hombres y mujeres se trata de una cuestión absolutamente social, cuyo núcleo radica en la división sexual del trabajo; entendiendo así al sistema capitalista y al patriarcado como las causas de la doble opresión de las mujeres: de género y de clase.

Así describe este entramado Silvia Federici:



La construcción de un nuevo orden patriarcal, que hacía que las mujeres fueran sirvientas de la fuerza de trabajo masculina, fue de fundamental importancia para el desarrollo del capitalismo. Sobre esta base pudo imponerse una nueva división sexual del trabajo que diferenció no sólo las tareas que las mujeres y los hombres debían realizar, sino sus experiencias, sus vidas, su relación con el capital y con otros sectores de la clase trabajadora” (Federici, 2010: 176).

Esta división del trabajo genera un intercambio asimétrico y actúa “permitiendo al capitalismo ampliar inmensamente la parte “no pagada del día de trabajo” y usar el salario (masculino) para acumular trabajo femenino” (Federici, 2010: 177).

Es posible identificar, entonces, en esta correlación entre ambos sistemas de dominación, dos pilares fundamentales del patriarcado: la limitación de la mujer con un rol central en la vida privada, en el seno de la familia, como responsable de la reproducción presente y futura de la fuerza de trabajo, así como también el control de la sexualidad femenina reduciéndola a su ejercicio en clave reproductiva.

A su vez, ubicando a la mujer en el lugar considerado privilegiado de mujer-madre, se constituye un tipo de subjetividad femenina en este sentido, tal lo presenta la siguiente autora: “La ideología patriarcal posiciona a las mujeres como sujetos dentro de las prácticas sociales de la maternidad y, por extensión, normativiza los deseos femeninos alrededor del deseo maternal” (Burín, 1992: 216).

Para profundizar en el análisis recuperamos lo expuesto por Clara Zetkin, quien afirma “...los intereses de las mujeres no son homogéneos, sino que están en función de su pertenencia a las diferentes clases sociales” (Zetkin, 1976 en Ana de Miguel, 2005: 304). Este planteo hace referencia al debate en relación al uso universalista de la categoría de género escindida de su vinculación con la raza, la clase y la sexualidad. En palabras de Leticia Sabsay:

Esta crítica de la universalidad, que a su vez remite a la muerte de los grandes relatos unificadores, dio paso a la idea de que en la medida en que “la mujer” era una construcción histórica y particular, no había en ésta ninguna identidad sustancial que justificara a “la mujer” como universal” (Sabsay; 2011 en Fabbri; 2013: 69).

Relaciones de género: relaciones de poder

A través del concepto de patriarcado se ha logrado instalar que las relaciones de poder que se desarrollan entre los géneros responden a un sistema de organización social que persiste reproduciendo las desigualdades de poder.



Sostenemos que se trata de un sistema que persiste más allá de las variantes en función del contexto histórico y cultural y de la lucha de los movimientos de mujeres y grupos feministas que, desde la década del 70, vienen cuestionando principios que nadie antes se había atrevido a cuestionar, logrando, además, una enorme producción de normas, leyes, decretos, constituciones, pactos internacionales, tratados, convenciones, entre otros instrumentos muy valiosos.

Sin embargo, su vigencia continúa reproduciendo desigualdades de poder en variadas dimensiones de la vida social, afectando el efectivo cumplimiento de una amplia gama de derechos de las mujeres, como lo son los derechos sexuales y (no) reproductivos.

La categoría de poder, entonces, se considera un elemento útil para avanzar en el análisis crítico del cumplimiento de estos derechos, en vinculación con las relaciones que se desarrollan en las instituciones públicas de salud.

Al respecto, consideramos oportuno, inicialmente, hacer referencia a algunos aspectos de la noción de poder que ha desarrollado Michel Foucault.

Desde su perspectiva el poder no se trata de un objeto material, de “una cosa” que se encuentra en algún lugar. Tampoco considera que se trate de una cualidad que posee un objeto o una fuerza de la que algunos sujetos sociales estarían dotados y ejercen sobre otro sujeto pasivo.

Por el contrario, plantea que es resultado de una relación social, que supone una multiplicidad de relaciones de fuerza que son históricas y por tanto dinámicas, “...son los pedestales móviles de las relaciones de fuerzas los que sin cesar inducen, por su desigualdad, estados de poder” (Foucault; 1998: 55).

Desde este trabajo, se adhiere a esta concepción relacional del poder. Sin embargo, no creemos que el poder se trate de una fuerza anónima que circula o se instala entre los sujetos que entablan dichas relaciones. Por el contrario, entendemos que “el poder se hace, se construye de la misma manera que se construye el sujeto” (Dri, 2007: 77).

Identificamos también el carácter poliformo del poder, entendiendo que no es sólo político y no se localiza o centraliza únicamente en el ámbito estatal. El poder es también económico, social, cultural, moral y religioso:

El poder capitalista tiene múltiples dimensiones y formas de operar el poder. El Estado patronal, desde ya... Pero existen otras muchas y efectivas modalidades de poder que recorren y modelan la sociedad antagónica en que vivimos: el poder estructural que organiza y distribuye territorialmente el trabajo social, el



poder organizacional que fluye a través del manejo de recursos y recompensas, el poder implícito en el manejo del “significado” y los valores que informan la vida social, e incluso la llamada “microfísica del poder” que penetra y disciplina mentes y cuerpos (Casas, 2007: 130).

A su vez, es importante hacer el debido distanciamiento de la concepción hegemónica de poder como exclusivamente dominación. Resulta útil en este sentido el desarrollo que hace Ramón Máiz a partir de una teoría normativa del poder, sobre la distinción entre “poder sobre” como dominación/imposición, el cual “está ubicado en un ámbito específico: las instituciones, esto es, conjunto de reglas, normas y organizaciones que proveen información, incentivos y restricciones a los actores” (Máiz; 2003:75); y “poder para” como capacidad colectiva generadora de poder.

Médicxs y “pacientes” en el entramado de las relaciones de poder

Resulta relevante aquí poner en relación las características del sistema patriarcal, con el concepto de “poder saber” de Michel Foucault y su consideración del cuerpo como lugar central desde donde históricamente se ejerce poder.

En palabras del filósofo francés: “poder y saber se implican directamente el uno al otro; no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder” (Foucault, 2003: 19).

Se hace referencia así centralmente a las formas de poder solapadas, afirmando que los sistemas de creencias ganan poder cuando un mayor número de personas acepta los puntos de vista asociados con ese sistema de creencias como conocimiento general (hegemonía). Tales sistemas de creencias definen así su autoridad, y sus ideas, imágenes y representaciones se cristalizan como correctas o incorrectas, normales o anormales/desviadas. En un determinado sistema de creencias esas ideas, consideradas como “verdades” irrefutables, definen una particular manera de ver y comprender el mundo, y se encuentra normalizado un modo de vida asociado con esas “verdades”.

Este planteo nos remonta a la problematización realizada concerniente al sistema social y cultural impuesto por el patriarcado, así como también nos conduce a reflexionar sobre el sistema de saberes impuesto por la medicina occidental, dentro de dicho sistema social y cultural.

El modelo hegemónico que aún en nuestros tiempos parece primar es el modelo biomédico, a pesar del impulso que han tenido en los últimos tiempos las terapias alternativas, pero centralmente en carácter secundario, y sin ser consideradas por la comunidad científica como parte integral de la medicina convencional hegemónica.



Coincidiendo con la afirmación de Cecilia Canevari sobre los conceptos de Eduardo Menéndez, es posible mencionar como principales características del paradigma biomédico:

Biologismo, a-historicidad, a-sociabilidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Canevari, 2011: 112).

En este mismo sentido David Le Breton postula que “el saber anatómico y fisiológico en que se basa la medicina consagra la autonomía del cuerpo y la indiferencia hacia el sujeto al que encarna” (Le Breton, 2002: 178). Así, el cuerpo es entendido en función de los procesos orgánicos y psicológicos que desarrolla invisibilizando su carácter de construcción social y cultural, dejando de lado “al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, el sentido de la enfermedad, para considerar solamente al mecanismo corporal” (Le Breton, 2002: 179).

Sería posible identificar en las instituciones de salud, entonces, intervenciones fuertemente atravesadas por componentes teóricos y técnicas específicas de la biomedicina, así como también por una multiplicidad de representaciones sobre las usuarias que aparecen bajo la forma de contenidos interpretativos y valorativos de carácter socio cultural patriarcal.

Sin embargo, se considera necesario reflexionar también acerca de los valiosos aportes y enfoques desarrollados a lo largo del siglo XX desde la historia de la medicina (con perspectiva de género) y la antropología social.

Entre ellos, destacar el enfoque que introduce la perspectiva de pensar los cuerpos como “agentes”. Creemos que el mismo nos permite avanzar en la problematización sobre la relación médicos-pacientes y complementar así los planteos de Foucault. Esta perspectiva se encuentra en estrecha relación con la teoría performativa, e inspirada en el trabajo de autores como Pierre Bourdieu, Anthony Giddens y los planteos gramscianos sobre hegemonía/subalternidades.

Considerar los cuerpos como “agentes” implica dejar de contemplarlos en términos pasivos, no culturales y a-históricos, para considerarlos como lugar de la vivencia, el deseo, la resistencia, lugar de la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales (Esteban Galarza; 2007: 674). En este mismo sentido, en palabras de la historiadora Mónica Bolufer Peruga, analizar el cuerpo como uno de los lugares donde de forma más



poderosa se construyen, pero también se negocian y combaten las nociones sobre el orden social:

Así, contra cualquier determinismo que sobrevalore la capacidad de las autoridades sociales, políticas o religiosas para imponer su voluntad, y el poder de los discursos para infiltrarse en todos los espacios de la vida personal y colectiva, anulando toda capacidad de acción, cabe afirmar una visión que ponga de relieve el papel activo de los sujetos, a través de sus estrategias de vida, en los resquicios de los sistemas normativos (Bolufer Peruga, 2007: 644-645).

De esta manera, pensar los cuerpos de las mujeres como expresión y reflejo de controles, ideologías y prácticas sociales e institucionales, imposiciones y mandatos hetero-patriarcales, pero al mismo tiempo con posibilidades de producir nuevas identidades y prácticas, como agentes capaces de resistir a las estructuras sociales: “maneras concretas que responden pero que también contestan a convenciones históricas y culturales sobre la reproducción, la sexualidad, el trabajo, el poder... que están en continuo cambio” (Esteban Galarza, 2007: 676).

Desde esta perspectiva se abre camino a la posibilidad de ahondar en aquellas formas históricas de resistencia, contestación y/o transgresión de los discursos y prácticas hegemónicas, a partir de la consideración de las mujeres como sujetos activos. A su vez, posibilita el análisis de la medicina en tanto campo de práctica social (Bourdieu, 1999) y, por tanto, un espacio de lucha por el control material y simbólico, por generar e imponer sentidos.

Este aspecto es clave para considerar el surgimiento de la actual reglamentación sobre anticoncepción quirúrgica como producto de la lucha de las mujeres. Hacemos referencia a las experiencias de aquellas mujeres que solicitaban la ligadura de trompas y que debían recorrer circuitos institucionales interminables (que no siempre garantizaban el acceso a la misma) y que en ese mismo esfuerzo de búsqueda de respuestas y concreción de su deseo -a través de cartas de pedidos al Estado- expresaban la denuncia del derecho prohibido a decidir sobre sí mismas. De esta manera se transformaron en “agentes sociales cuya acción política impulsó a emprender cambios en el Estado, como la promulgación de la Ley 26.130, que reconoce su derecho a decidir sin paternalismos” (Siede, 2012: 20).

Agregamos a su vez, la lucha de quienes, a pesar de la reglamentación vigente, se presentan con diversos obstáculos para el cumplimiento de su derecho a decidir.

Derechos sexuales y (no) reproductivos en Argentina

Entendemos a los derechos sexuales y (no) reproductivos como campos separados, con autonomía propia. Esto implica el reconocimiento de que los mismos



pueden “ser ejercidos de manera conjunta o individual en el ámbito de las libertades individuales” (Levín, 2010: 83).

En este mismo sentido sostenemos que la sexualidad y la (no) reproducción se fundan desde la esfera de la libertad y la autonomía, perteneciendo entonces al ámbito soberano de la persona. Es así que hacemos especial hincapié en la necesidad de concebir a los derechos sexuales y (no) reproductivos en función de su status jurídico de derechos personalísimos (Levín, 2010) inscriptos en el marco de reconocimiento de los Derechos Humanos plasmado en la Constitución Nacional.

De esta manera, entonces, los derechos sexuales y (no) reproductivos hacen referencia a la existencia de un derecho civil básico: la libertad de disponer del propio cuerpo, que deben ser acompañados por políticas de salud pública.

Este enfoque, sin embargo, transita, no sin tensiones, junto a la visión tradicional de la salud sexual y reproductiva producida en el campo de la salud pública.

La reproducción y la sexualidad entendidas como derechos sociales en el marco de las políticas públicas de salud remiten a la responsabilidad del Estado en el acceso a servicios de salud ginecológica, extensión de los servicios sanitarios o de la población cubierta por esos servicios, entre otros aspectos de la misma índole. El problema radica cuando a través de las políticas sanitarias, en nombre del interés general, se le resta importancia a la libertad que es inherente a la sexualidad y a la (no) reproducción como esferas de derechos individuales:

Situar los derechos sexuales y (no) reproductivos como inherentes a los derechos sociales de salud -sin reconocer la libertad del cuerpo- implica restringir la autonomía de la mujer condicionando el “poder individual” sobre su propio cuerpo, otorgado por el derecho, a decisiones políticas de los gobernantes (Levín, 2010: 71).

Entendemos asimismo que la salud pública no puede garantizar por sí misma salud plena si no hay libertad.

Incorporamos de este modo la categoría de ciudadanía al momento de analizar el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres, así como también identificar aquellas barreras que existen para el ejercicio de una ciudadanía plena.

Retomamos lo desarrollado por Javier Peña al momento de reflexionar sobre la categoría de ciudadanía. El mismo advierte que “un ciudadano es alguien que pertenece plenamente a su comunidad, que tiene en virtud de ello ciertos derechos (y los deberes correspondientes) y que toma parte activa de algún modo en la vida pública” (Peña,



2003: 231). Identificamos así como principales elementos de la ciudadanía -que se mantienen en los distintos momentos históricos y en el desarrollo de las distintas doctrinas teóricas- la pertenencia (identidad), la titularidad de derechos y la participación, haciendo especial hincapié en que justamente lo que hace que alguien pueda considerarse miembro pleno de la sociedad depende de la garantía del disfrute de sus derechos.

Diana Maffia, en un artículo publicado en Revista Feminaria, desarrolla al respecto la existencia de tres tipos de obstáculos entre la enunciación de un derecho y su pleno ejercicio: obstáculos de tipo “personal”, que se refieren a la posibilidad de sujetos que no son conscientes de los derechos que les corresponden como ciudadanos; obstáculos o “barreras legales”, con respecto a la ausencia por ejemplo de instrumentos formales que regulen las funciones públicas; y obstáculos de carácter “político”, más relacionados a la falta de mecanismos de control, por ejemplo, frente al ejercicio de un poder médico paternalista y androcéntrico que en tanto saber hegemónico, participa en la evaluación de la pertinencia de un método anticonceptivo sobre otro (Maffia; s/d).

La historia en nuestro país de la política pública actualmente llamada de Salud Sexual y Salud Reproductiva comienza a desarrollarse desde la reapertura democrática de 1983, con la derogación, entre otras acciones, de los decretos restrictivos del Gobierno de Isabel Perón y de la dictadura cívico militar.

Sin embargo, la implementación de acciones no fue de manera inmediata ni generalizada. La primera iniciativa de política pública fue llevada adelante recién en 1988 por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al poner en marcha el Programa de Procreación Responsable dirigido a proporcionar información y asistencia en materia de anticoncepción.

La ampliación de la esfera de los derechos de las mujeres se promueve centralmente en nuestro país a partir de la Reforma Constitucional de 1994. Se consagró la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce de los derechos reconocidos por la Constitución y los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos; y se estableció también la posibilidad de interponer acciones judiciales directas ante cualquier forma de discriminación. Asimismo, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 adquiere, a partir de entonces, jerarquía constitucional (Levín, 2010: 21).

Sin embargo, creemos substancial dejar explicitado que, coincidiendo con Dora Barrancos, sostenemos que en realidad:

...el vendaval neoliberal (...) tomó medidas francamente antiliberales en materia de derechos reproductivos. El gobierno de Menem frenó la sanción de la ley que permitía el acceso a los anticonceptivos, alistó al país entre los pro natalistas



uniéndolo de este modo a las posiciones más conservadoras en el ámbito internacional-, al punto de imponer en el calendario el Día del Niño por Nacer, un auténtico dilate para conjurar la despenalización del aborto (Barrancos, 2008: 171).

En el año 2002 se promulgó la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable que estableció la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva a nivel nacional y en 2003, a través de su decreto reglamentario 1282/03, se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), que tiene a su cargo la implementación de la ley, y formalizó la incorporación, por primera vez en nuestro país, de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las políticas públicas del Estado nacional.

Creemos importante mencionar que la sanción de dicha ley se logra luego “de un arduo debate en el Congreso de la Nación y una fuerte oposición del catolicismo conservador” (Levín, 2010: 25). Tanto la promulgación de esta ley como los distintos avances y retrocesos en materia de salud sexual y reproductiva se desarrollaron en nuestro país en el marco de ese escenario constituido como campo de lucha política y de disputa.

A su vez, existen otras normas y leyes nacionales y provinciales vinculadas a la salud sexual y reproductiva y que complementan el PNSSyPR. Entre ellas la Ley Nacional Nº 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica.

2- LAS EXPERIENCIAS DE MUJERES QUE SOLICITAN COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO.

Génesis del proceso de decisión- Acceso a la información y conocimiento sobre la práctica

Fue posible identificar que la LT, en casi la totalidad de las mujeres consultadas, no parece tener relación con el derecho de elección de un método anticonceptivo después de una adecuada consejería, ni vinculado al deseo de no procrear (o no volver a procrear) en función de un proyecto personal.

Más bien, la LT fue proyectada como una necesidad frente a diversas dificultades por las que se atravesaba y luego de haber tenido, en todos los casos, un mínimo de dos gestas.

Centralmente, las dificultades expresadas son de tipo económico-social y vinculadas a factores de riesgo reproductivo de las mujeres, aunque con frecuencia se presentan combinadas y junto al deseo de no tener más hijxs en términos de “maternidad cumplida”.



Alicia: *Una porque no quería tener más hijos y otra porque vivía bastante mal, mal en el sentido económicamente (económico)...*

Miriam: *yo me las tuve que ligar por un problema de salud... en todos los embarazos sufro de presión alta, problemas de anemia, entonces... el médico me dijo, para yo no sufrir porque la verdad podía correr riesgo mi vida o la vida del bebé... ya tengo cuatro nenes... me había hablado de la posibilidad de la ligadura de trompas.*

Retomamos el concepto de “maternidad cumplida” como clave para este análisis.

Hablamos de la maternidad como construcción hegemónica del ser mujer, en el marco de la heterosexualidad reproductiva como organización social dominante de la sexualidad (Dorlin, 2009: 9). La misma no se limita sólo al ejercicio de funciones tales como la gestación, el parto y los primeros cuidados del/de la recién nacido/a, sino que están asociados a esa función otros aspectos de carácter social como la socialización, la educación y las tareas domésticas, entre otras.

El feminismo en sus distintos corrientes en general, y desde distintos enfoques aportó elementos para repensar la “maternidad”. Es intención de este trabajo, en ese sentido, también cuestionar y complejizar dicho concepto.

El concepto de “maternidad cumplida”, sobre el cual se apoya centralmente la medicina, es biologicista y no tiene proyección histórica y social. Se percibe dicho aspecto en las intervenciones en este campo que parecen quedar atrapadas detrás del concepto naturalista de la maternidad, sin considerar aquello que aparece expresado de manera relevante en los relatos de las entrevistadas: que la maternidad está fuertemente atravesada por la dimensión material, que demanda recursos económicos y materiales concretos para realizarse en consonancia y cumplimiento con las expectativas, definiciones y criterios patriarcales. Asimismo, tampoco parece considerarse la posibilidad de configuración de la no-maternidad como opción legítima de las mujeres, en tanto aparece como concepción hegemónica que toda mujer debe ser madre, o al menos quererlo.

A su vez, en los casos relevados, se observa una fuerte tendencia a colocar en escena el cuerpo propio como cuerpo sufriente o con alguna alteración física acreditada por la autoridad médica como principal causal en torno a no continuar procreando. A través de dicha autoridad se intenta sentar la legitimidad (como verdad biológica inscrita en el cuerpo) de la solicitud de LT, pero no se reconocen las mujeres como titulares de derecho.



Esto se da en clara consonancia con un orden moral en el que aún el plano de lo biológico resulta ser la fuente última de legitimidad (Del Río Fortuna, 2008: 141), situada por sobre el reconocimiento del entramado de relaciones sociales, políticas y económicas.

Asimismo, como bien sabemos, la supervivencia de las mujeres resulta ser un medio fundamental -por no decir construido como exclusivo- para la supervivencia de lxs niñxs, en cuanto a las responsabilidades de crianza y cuidados, así como también del bienestar familiar en general. Es así que, el hecho de no tener más en buena medida también argumenta la necesidad del cuidado de la salud y de la vida de las mujeres para que se garantice así la continuidad en esas actividades sociales naturalizadas.

El siguiente testimonio da cuenta, a la vez, de la fuerte correspondencia entre la situación sexo-afectiva (amor, conyugalidad, familia) y las prácticas vinculadas a la (no) reproducción:

Juana: ...en ese momento yo no tenía pensado tener más hijos... porque lo que era mi matrimonio venía cayendo totalmente, yo lo que pensaba era que con dos hijos, que era los que tenía hasta ese momento, yo me iba a poder manejar bien sola... y ante esa duda y ese riesgo preferí eliminar el riesgo de tener otro hijo más, porque no quería darle una mala calidad de vida.

Coincidimos con que justamente el acceso a LT tensiona la construcción social hegemónica que identifica a la mujer como madre ya que por un lado expresa el deseo de no volver a experimentar el proceso de la procreación a la vez que remite y apela al deseo de seguir ejerciendo la maternidad de los hijxs que se tienen (del Río Fortuna, 2008:141).

Otra cuestión a tener en cuenta es que no siempre son las mujeres quienes eligen la utilización de este medio anticonceptivo. El caso de Juana es especial dado que no se trató de una decisión personal, sino que, tal como lo expresa en su testimonio:

Juana: ...no es que yo fui porque quería hacerme una ligadura, yo fui por un problema de salud... como él vio (el médico) que yo tenía puesto un DIU, él me dice que por lo que él deducía yo ya no quería tener más hijos porque yo tenía puesto un DIU, y si quería hacerme en la misma práctica una ligadura de trompas...

En cuanto al conocimiento que las mujeres tienen sobre la práctica de LT, la información inicial que se dispone resulta ser escasa y, en muchos casos, imprecisa o errónea, la cual debiera ser esclarecida y complementada con información fidedigna en el proceso de consentimiento informado, previo a la intervención. A su vez, la información con la que se cuenta resulta ser, en ocasiones, producto de redes



informales no-profesionales, a partir de intercambios entre vecinxs o conocidxs, y que pueden reproducir y/o reforzar mitos, temores e informaciones erradas o vagas:

Juana: ...no tenía muy en claro qué era una ligadura, qué era una atadura o qué era bien, o sea, de qué se trataba el método. Y de hecho antes de la operación no me lo explicaron...

Mercedes: (sobre la ligadura) me contó una señora, va, una amiga de nosotros, del barrio. Ella se operó, se hizo las trompas, está operada. Ella me dijo no, a los 40 años dice que ahora te dejan, con los 36 años no te dejan operarte, me parece.

Por otra parte, existe una amplia coincidencia en el desconocimiento de las mujeres con respecto a la legislación vigente, tanto en lo que remite a la práctica de LT como de vasectomía.

Sandra: ...en 2006 (sanción de la ley) hace mucho, mirá vos, yo no sabía...
Graciela: ...yo me enteré ayer por la novela de la vasectomía, no sabía...

Específicamente en cuanto a la escasa difusión de vasectomía encontramos expresada claramente la reproducción de estereotipos patriarcales sobre la -prácticamente- exclusiva responsabilidad de las mujeres en cuestiones de salud sexual y reproductiva y control de la fecundidad.

Características de la intervención en el marco de la Ley 26.130 “Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica” a partir de la voz de sus protagonistas

La Ley N° 26.130 establece el derecho de todas las personas a acceder, en los servicios del sistema de salud, a las prácticas quirúrgicas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía”.

Incluye así a la anticoncepción quirúrgica como método contraceptivo dentro del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (arts. 1 y 8). Justamente el art 6 inc. b) de la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su decreto reglamentario 1282/2003 excluía -anteriormente- la contracepción quirúrgica ya que exigía que los métodos fueran reversibles, no abortivos y transitorios.

A su vez, otro progreso relevante está dado a partir de la modificación de la Ley nacional 17.131 de “Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”, promulgada en el año 1967. La LT y la vasectomía, por tratarse de intervenciones esterilizantes, estaban reguladas a nivel nacional -previo al año 2006- por esta ley.



La misma, en su artículo 20, inciso 18, establecía el impedimento para realizar intervenciones que provocasen esterilización sin la existencia de una indicación terapéutica adecuada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores (Siede, 2012: 30). De esta manera, las mujeres solo podían acceder al procedimiento de LT por indicación terapéutica, en clara correlación con el precepto de control de población de las políticas gubernamentales de natalidad de aquellos años, un concepto de salud meramente biológico.

A su vez, los médicos acostumbraban requerir a la interesada, aunque contase con indicación terapéutica, que solicitara la autorización judicial para efectuársele la práctica (Siede; 2012: 99).

Alicia: ...estaba de tres meses cuando lo pedí (ligadura de trompas) en el juzgado. Fui al hospital primero, hablé con la asistente social y de ahí me mandaron al juzgado. Y en el juzgado la jueza me dijo que no... porque era joven, porque estaba sana, y que lo que yo le proponía que ella entendía pero que no le alcanzaba para firmarme para la ligadura... porque en sí yo la pedí no porque estaba enferma ni nada, la pedí porque no quería más hijos y aparte vivía una situación bastante mala económicamente.

Estos procedimientos reflejan cuerpos femeninos como objetos de tratamiento administrativo y judicial. También demuestran a través de qué mecanismos se confinaba la posibilidad de las mujeres a decidir libremente sobre la maternidad. El ejercicio de poder del juez o jueza resultaba fundamental, consideraba o no los argumentos presentados y la mayoría de las veces negaban finalmente el acceso a la práctica.

Una vez sancionada la nueva ley, encontramos en esta arcaica legislación de 1967, en el mismo artículo 20, inciso 18, la siguiente modificación, en cuanto a las prohibiciones para los profesionales de la medicina: "Practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces" (Conf. Ley 26.130, B. O. 29/08/2006). Se deja de lado así el requisito de la indicación terapéutica y se determina expresamente como únicos requisitos para acceder a las prácticas: 1) efectuar una solicitud formal y 2) acceder a la información prevista en el artículo 4, de lo que el médico o equipo de profesionales interviniente debe dejar constancia en la historia clínica, debidamente conformada por el interesado (consentimiento informado).

Como se trata de una decisión personal, el acceso a las prácticas de anticoncepción quirúrgica no requiere consentimiento del/la cónyuge, conviviente o familiar, ni autorización judicial de ningún tipo (excepto a personas declaradas judicialmente incapaces).



Tampoco se exige desde la letra de la ley que para acceder a una ligadura de trompas la mujer deba tener cierto número de hijos vivos.

A través de los casos relevados, es posible identificar resistencias por parte de algunos profesionales:

Mónica: Yo empecé a hacer todos los papeles de la ligadura cuando tenía seis meses de embarazo. Y la doctora me decía: "el próximo control". Y yo iba el próximo control y me decía: "el próximo control" y todo así. Hasta que yo fui y le dije: "no, yo quiero que me hagas el papel para así lo firmo y ya"...

Otro aspecto a destacar con respecto a la administración de la práctica es que de todas las mujeres que accedieron a LT la mayoría fue en el transcurso de una cesárea o -como en uno de los casos presentados- en el marco de otra intervención quirúrgica, reflejando un aparente privilegio de distribución operativa de recursos físicos y materiales por sobre, por ejemplo, el cumplimiento de un consentimiento informado en tiempo y forma.

En otros casos, las mujeres debieron afrontar demoras prolongadas hasta la concreción de la práctica, tanto a la espera de los resultados de los análisis solicitados previos a la cirugía como por los turnos ofrecidos en el hospital.

Esta descripción alcanzada sobre el servicio de LT en el hospital local, a partir de los testimonios recabados, nos permite concluir inicialmente que las prácticas médicas efectivamente no se encuentran adaptadas a la normativa vigente. Más aún: existen experiencias supeditadas a requerimientos y exigencias extra legales, lo cual resulta preocupante en términos de violaciones a los derechos de las mujeres, reproductoras del modelo de sociedad capitalista-patriarcal y, por tanto, desigual.

Consentimiento informado: reflexiones acerca de su (no) implementación

Los testimonios que dan cuenta que en la práctica muchas mujeres que acceden a una LT no cuentan con apropiada información y en relación a todos los aspectos de la práctica, con ausencia de espacios de consejería y desarrollo de un proceso de consentimiento informado en tiempo y forma.

Juana: hasta que yo no salí y tuve el primer control no supe bien qué me habían hecho...

...información no recibí nada, y a mi no se me ocurrió qué preguntar en su momento tampoco... porque yo no fui a eso.



...el médico que me estaba atendiendo nunca me explicó realmente lo que era, o sea, me habló de la ligadura como si yo conociera cual era el método y, en realidad, no.

En el caso de la mayoría de nuestras entrevistadas, el consentimiento informado resultó ser un requisito cumplimentado minutos antes de ingreso al quirófano. De este modo, no se brinda el tiempo correspondiente para que la mujer pueda consultar, resolver sus dudas, solicitar más información, es decir ejercer su derecho de consentir la práctica debidamente conciente e informada.

Cabe aclarar que la normativa presenta una deuda al respecto, ya que no establece ni hace mención a un plazo mínimo de reflexión entre la firma del consentimiento informado y la realización de la práctica.

En el caso, por ejemplo, en que la LT presentó una demora de un año para su concreción tampoco hubo instancia de consejería y el consentimiento informado fue firmado en camino al quirófano:

Lorena: ...antes de subir, cuando me interné, la enfermera me dice: “¿Estás segura de lo que vas a hacer?”. “Sí -le digo- completamente segura de lo que voy a hacer, yo no quiero tener más hijos, yo se que me quemo y me cortó las trompas -le digo- porque no voy a tener más”...“Bueno -me dice- entonces Romero firmeme...”. Me hicieron firmar una planilla con mis huellas, firma, aclaración y número de documento... antes de entrar al quirófano.

Asimismo, el carácter de emergencia o “urgencia” de una intervención, definido por el cuerpo médico, no debería dejar sin efecto la responsabilidad de informar a la mujer en torno a la práctica a realizarse y cumplimiento del consentimiento informado.

A su vez, es posible identificar una fuerte tendencia a considerar el consentimiento informado como una herramienta que protege a lxs proveedorxs de salud de problemas legales y reclamos, en vez de un proceso en el que se toman las decisiones en forma conjunta y responsable con la mujer solicitante.

Juana: ...supuse que el papel que me hacía firmar a mí era por el hecho de que si me arrepentía no pudiera iniciar acciones legales contra ellos o algo por el estilo, pero no sabía que había una ley que lo regulaba, no sabía nada...

Recordamos, asimismo, que en algunos de los casos recabados fue solicitada la firma de la pareja o familiar para acceder a la LT, requisito absolutamente extralegal. Al respecto sostenemos que exigir el consentimiento del cónyuge o familiar resulta ser discriminatoria y violatoria de los derechos humanos, particularmente del derecho a la



autodeterminación personal, ubicando a la mujer en un lugar de incapacidad contraria a la ley.

Graciela: ...a mi marido lo llamaron... un día antes de la cesárea lo llamaron para ver si estaba seguro de que me ligue las trompas... y me firmó mi marido a mí porque no me la querían hacer si no...

Consideramos, a su vez, muy imperioso que se brinde información clara respecto del tipo de procedimiento a utilizar y de la intervención en general (vía de acceso y técnica quirúrgica). Frente a este tipo de información también se han identificado algunas irresoluciones.

Ana: ¿Y eso que quedás embarazada con la ligadura, puede ser?... antes capaz porque te las ataban nomás, ahora te las atan y te las queman o te las cortan... no sé...

Mónica: ...te ponen una sábana ahí y no sabes lo que te están haciendo (en el quirófano).

Queda en evidencia después del análisis de estos testimonios que la decisión de ligarse las trompas aparece desvinculada de la expresión del derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas al respecto de su (no) reproducción.

Nos preguntamos al respecto ¿Cuáles son las condiciones para la libertad y la toma de decisiones autónomas?

Sin dudas, es posible decir, tal como se ve expresado en los casos abordados, que las mujeres quedan fuera del proceso de toma de decisiones cuando no son informadas debidamente, cuando desconocen exactamente la práctica a la que van a someterse y sus derechos al respecto.

A su vez, creemos necesario re-preguntarnos, en relación a la posición socialmente superior del saber médico respecto de otros saberes, ¿Qué grado de autonomía es posible alcanzar cuando el conocimiento está distribuido de manera asimétrica? ¿Qué implicancias tiene representar a una mujer como autónoma en la situación de vulnerabilidad que implica su condición de “paciente” o “enferma”? ¿Cómo se complejiza aún más el proceso cuando se trata de mujeres pobres? ¿Cuáles son los criterios con los que se evalúa que una mujer está en condiciones de decidir libremente?

La autonomía que se pretende materializar a través del consentimiento informado pareciera tratarse más bien de un principio declamativo, ya que no expresa ni considera el entramado de significaciones y las relaciones de poder que lleva implícitas.



Considerar el consentimiento informado como un proceso que debiera transcurrir durante toda la relación equipo de salud-“paciente”, nos conduce a la necesidad de pensar dicho procedimiento bajo los actuales y reales modos de existencia, que incluyen formas de relación que en su mayoría, se caracterizan por ser desiguales, opresivas y subordinadas. Tal es el caso de la relación entre los médicos y las mujeres-“pacientes” pobres.

Así, urge recuperar el consentimiento informado en tanto proceso dinámico, contextualizando su implementación, considerando “la inserción social particular de cada mujer en las tramas en las que construye su subjetividad y que incluyen relaciones políticas, sociales, económicas, ideológicas, en las que se despliegan valores y relaciones de poder” (Del Río Fortuna, 2008: 163). Exige, a su vez, propuestas estatales, expresadas a través de políticas sociales, para el diseño de dispositivos previos al consentimiento tendientes a generar situaciones de real autonomía para la toma de decisiones.

Consideraciones acerca de la relación “paciente” - profesionales médicos

A través de los relatos, la figura del médico aparece como una de las más importantes, asociada, sobre todo, a la posibilidad de realización de su deseo de no tener más hijxs. Como lo expresan algunas de las mujeres de la muestra, el médico es quien “le permitirá” acceder a una LT.

Miriam: Yo en todos los embarazos sufro de presión alta, problemas de anemia, entonces por problemas de salud el médico me permitió, para yo no sufrir porque la verdad podía correr riesgo mi vida o la vida del bebé... directamente él me firmó la autorización que por riesgo de vida había que hacer una ligadura, sino hay que hacer muchos trámites...

Justamente, en los distintos períodos históricos, lxs médicos han sido autoridades supremas y destacadas de la sociedad, ostentando prestigio, respeto, gratitud y admiración.

Lorena: ...los PAP, lo que tenga que hacerme yo es ella (médica del centro de salud) nomás, no le tengo confianza a otro médico porque yo sé que ella me conoce de la punta de los pies. Yo sé que me saco mi ropa, me desnudo delante de ella y yo sé que es como si fuera mi mamá y además tenemos una confianza... muchísimo con ella...

Este tipo de relación se ve expresada aun cuando se expresan inconformidades con la calidad de su atención.



Cecilia: *...hace 6 meses empecé con la doctora V.H., que la amo, la amo como profesional y yo se lo he dicho, lo que pasa es que hoy estoy enojada porque no me atiende como yo quisiera que me atendiera.*

Es posible identificar formas combinadas de violencia contra las mujeres y su cuerpo, en tanto “...territorio de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante presión simbólica y real para su control” (Canevari, 2011: 111).

En este sentido se identifican normas, políticas institucionales y prácticas concretas en las instituciones de salud que recurrentemente implican tiempos de espera y burocracias que obstaculizan una pronta atención, tal es el caso de las demoras en torno a la práctica de LT.

A su vez, las prácticas médicas que se desarrollan al interior de los quirófanos, donde participan también otros actores de la medicina, en ocasiones se caracterizan por tratos deshumanizados y violentos.

Sandra: *...se cuentan lo que hicieron el fin de semana o a donde van a ir... a quién se están comiendo...*

Cecilia: *...estaban escuchando música, bailando... así operan a la gente...*

Un ejemplo concreto de avasallamiento a los derechos de las mujeres se da también en ocasiones en que en situación de parto las mujeres no pueden siquiera ver a sus hijos una vez nacidos.

Cecilia: *... (en el quirófano) ya se habían llevado al bebé porque lo sentí llorar, pero no me lo mostraron, porque cuando nació él muere, entonces se lo llevan... y pasó un rato largo...*

A su vez, la hegemonía del saber médico trae como correlato la desvalorización y subordinación de otros saberes, en este caso el de las mujeres y sus propias experiencias, que quedan relegadas “...como del universo de lo popular y en consecuencia carente de validez” (Canevari, 2011: 62). Es así que se llevan adelante, en muchas oportunidades avasallamientos vinculados a desestimaciones de las opiniones, deseos, emociones y sensaciones de las mujeres que se acerca a un servicio. Así es expresado por una de las entrevistadas:

Cecilia: *Y ella (la médica) tendría que basarse por lo que yo le estoy diciendo, porque millones de gente que no tenemos estudios, porque es verdad que no tenemos estudio y uno va a un especialista porque tiene estudio, porque está recibido y yo hace años que la conozco. ...lo que pasa que a veces digo, porque somos pobres...*



También es recurrente la utilización por parte del personal médico de un lenguaje basado, en gran medida, en tecnicismos que dificultan la comprensión de las características de la práctica a llevarse a cabo y que otorga hegemonía y control.

Con respecto al uso del lenguaje resulta significativo hacer referencia también a la situación de descalificación que se genera al dirigirse hacia las mujeres en diminutivo: mamita, hijita, nenita, o en tanto “paciente” o “enferma”, y que muchas veces es naturalizado por las mismas mujeres.

Juana: ...el médico re contra re humano, venía, me hacía chistes, “no gordita” que se yo qué... me agarraba los cachetes... o sea, con respeto, pero de manera cariñosa.

Es frecuente también que se despliegue un discurso culpabilizador por parte del profesional. En este sentido expresa su temor una de nuestras entrevistadas:

Cecilia: ...me van a decir de todos los médicos, que soy una inconsciente, que no pensé en la vida del bebé, en mi vida...

A su vez, en este mismo sentido, creemos necesario destacar la trama discursiva de algunos profesionales que a modo de sanción u objeciones alertan sobre posibles futuros arrepentimientos, ante ciertas situaciones o escenarios hipotéticos, mientras que a su vez refuerza el mandato de mujer madre heteropatriarcal.

Mónica: ...y yo estaba en el momento de la cesárea, en el quirófano y la doctora me seguía preguntando: “¿Pero estás segura de hacerte la ligadura?”, si -le decía- no quiero saber más nada”; “pero ¿estás muy segura? -me decía- porque mirá que el día de mañana te separás y conocés otro chico... No, no, que tenga con otra, no conmigo, no, yo no quiero saber más nada de chicos, ya tengo a mis sobrinos, todo...

En síntesis, es posible señalar que el tipo de relación social que se establece entre los trabajadorxs médicxs de la salud y la población usuaria juega un papel muy importante en la práctica de la medicina, en cuanto a la calidad de la atención a la salud y la provisión de asistencia médica enmarcada en el respeto de los derechos humanos.

La relación entre estos actores, como se evidencia en los relatos de nuestras entrevistadas, es específicamente desigual y afecta especialmente a las mujeres, como hemos visto, por el entramado de poder en el que se desarrolla y porque en ella se combinan la opresión de género y de clase.

Identificamos también la necesidad de revisar las prácticas de todos los efectores y profesionales de salud intervinientes en estos procesos, y las distintas posturas que estas acciones encubren. En este sentido, rescatamos los tres únicos testimonios que



hacen referencia a prácticas y modalidades de intervención desde la especificidad del trabajo social.

Alicia: Fui al hospital primero, hablé con la asistente social y de ahí me mandaron al juzgado. Y en el juzgado la jueza me dijo que no. ...vos ibas a la asistente del hospital y ella te daba una planilla, la firmabas vos, tu marido y después la tenías que llevar al juzgado. Y ahí la jueza veía si te firmaba o no. Te preguntaba los motivos, todo y después te decía el día que tenías que ir a una audiencia y te decía si o no.

Lorena: Cuando lo tuve a Aron vino una de las chicas de Servicio Social con una planilla para preguntarme si quería ponerme en la lista de espera para la ligadura. "Sí -le digo-, ya anóteme", le digo. "¿Cuánto puede llegar a tardar?", le digo. "No sé -me dice- te puede tardar como un mes, cinco meses, un año, pero vas a estar en la lista de espera".

Cecilia: Es un tema... no sé por qué la asistente social V. me sacó toda la ayuda que yo tenía. Soy diabética, tengo mis dos hijos asmáticos crónicos, tengo el chiquitito bajo peso desde el nacimiento...me sacó todo, no tengo ayuda de nada. Ella quiere que vaya a estudiar, pero yo le estoy diciendo que no estoy bien de salud, se lo estoy diciendo, y me gritó enfrente de toda la gente y no le pisé más yo a la asistente social. Yo tengo los vidrios que me los rompieron, estoy sin vidrios, le pedí hace casi ya un año un par de zapatillas para mis hijos y no me los dio...

A través de estos testimonios es posible distinguir por un lado, y especialmente en el primero de ellos, un rol central de la trabajadora social como primera mediadora en la administración de la práctica, a través de la derivación al juzgado (previo a la actual reglamentación).

Resulta curioso también en el testimonio siguiente una intervención (también con un fuerte rol en la administración del acceso) centrada en el ofrecimiento de LT (más específicamente la colocación de la mujer en lista de espera) sin mediación alguna, en un único encuentro, como "de pasada", en contexto de reciente parto y sin evidenciarse ninguna instancia de tipo consejería. Un dato alarmante es que el próximo contacto entre la institución de salud y la mujer se realizó un año después, un día previo a la realización de la práctica.

Por su parte, el testimonio de Cecilia si bien no refiere a su experiencia en el marco del recorrido institucional para el acceso a la práctica de LT, ofrece elementos muy interesantes para el análisis.



Queda evidenciada a través de su relato una modalidad de intervención desde el trabajo social en el campo de la política social y, particularmente, de la asistencia social, de tipo asistencialista.

Este tipo de prácticas se expresan en términos de “ayuda”, y se caracterizan por la distribución de recursos materiales y acceso a servicios sociales a partir de criterios autoritarios, con pretensiones de contraprestación como deja entrever el relato de nuestra entrevistada- y con clara ausencia de la noción de derechos.

Resultan así contrarias a la dimensión asistencial del trabajo social como realización de derechos sociales conculcados. La asistencia, en este sentido, debe involucrar dos ideas centrales: el reconocimiento de derechos sociales conculcados y la reparación de plena cobertura de los problemas sociales. Si bien esto aún no implica la afectación profunda del tipo de relaciones sociales predominantes, posiciona al quehacer profesional en la línea de generación de cambios hacia la construcción de un orden social distinto (Alayón, 2008).

Consideraciones finales

Las condiciones para el ejercicio de una ciudadanía plena no pueden ser pensadas sin la problematización, desde una perspectiva de los géneros, de la noción de diferencia sexual hegemónica que ubica en la mayoría de los casos a los derechos de las mujeres en el plano de la maternidad y cuidados domésticos como destino natural a-histórico.

Desde la implementación de la Ley Nacional Nº 26.130 hay obstáculos en lo concerniente al acceso y las modalidades de intervención que no han desaparecido. Se trata de obstáculos de tipo personales, legales y políticos (recuperando a Diana Maffia, s/d). Los mismos nos hablan de las distancias existentes entre la enunciación de un derecho y las posibilidades de su pleno ejercicio.

Aún existen barreras concretas vinculadas a la incompleta distorsionada aplicación de la ley, desconsiderando la totalidad de sus disposiciones en torno a los requisitos incluidos y excluidos explícitamente.

Se evidencia también la falta de orientación, consejería en tiempo y forma y prácticas institucionales que recurrentemente implican tiempos de espera y burocracias que obstaculizan una pronta atención. Asimismo, se vislumbra la persistencia de valores rígidos de género, junto con la ausencia de mecanismos formales de control de las funciones públicas ante el ejercicio de poder paternalista y violento.



En cuanto al acceso a esta práctica, desde el ámbito la LT parece justificarse en función del derecho a la salud, más que al derecho a la libertad de disponer del propio cuerpo y a decidir sobre la sexualidad y/o la (no) reproducción.

Este aspecto, vinculado a la preeminencia del derecho a la salud entre otros derechos (sociales, civiles y/o políticos) es un rasgo que caracteriza el orden político contemporáneo que Fassin (2001) denomina biolegitimidad.

Percibimos también la desconsideración sobre la dimensión histórica-material que atraviesa el desarrollo de la maternidad y el cuidado de la salud, así como de las identidades, necesidades, pertenencia de clase y derechos de las mujeres.

Fue posible ejemplificar analíticamente formas combinadas de violencia contra las mujeres y sus cuerpos e intervenciones desde el campo de la medicina con perspectivas fuertemente biologicistas. También, se identificaron una multiplicidad de representaciones sobre las mujeres (como el binomio mujer-madre) que aparecen bajo la forma de contenidos valorativos de carácter socio-cultural patriarcal.

En consecuencia, resulta apremiante la necesidad de intensificar las acciones de consejería de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como también reforzar la capacitación de los equipos profesionales de salud en perspectiva de géneros y derechos de las mujeres.

A su vez, para garantizar un real ejercicio de la autonomía personal, resulta fundamental considerar la inserción de cada mujer en la trama de relaciones sociales, económicas, ideológicas, en la complejidad que asume el proceso en la correspondencia con la pertenencia de clase.

Nos referimos a generar condiciones de vida sana y enmarcada en la multiplicidad de derechos correspondientes, lo cual excede como responsable único al sector sanitario, y demanda el diseño de políticas sociales tendientes a generar situaciones de real autonomía para la toma de decisiones y el desarrollo de una ciudadanía plena.

Consideramos de gran valía destacar la importancia de la equidad social en relación a la ciudadanía, en cuanto que las condiciones socioeconómicas constituyen un factor tanto para el acceso como para el ejercicio de los derechos: “Las desigualdades sociales determinan perfiles y riesgos diferenciales que revelan una estructura inequitativa del ejercicio de ciudadanía que la sociedad y el Estado brindan a sus habitantes” (Levín, 2010: 26).

Entendemos necesario, a su vez, recuperar el aporte del Trabajo Social al campo de la salud. Por un lado, identificar los componentes que constituyen la intervención



del/la trabajador/a social en dicho campo, así como su articulación con la práctica profesional de otras disciplinas que se desempeñan en las instituciones de salud. Por otra parte, frente a la necesaria revisión crítica de las categorías teóricas aplicadas al campo de la salud y de las distintas dimensiones que conforman la problemática de los géneros y la salud sexual y (no) reproductiva.

En este sentido, consideramos que el Trabajo social -desde una postura ético-política y su compromiso con los sectores populares- debe contribuir a favorecer la construcción de ciudadanía y su ejercicio pleno a partir del empoderamiento de lxs sujetxs. Debe hacer particular énfasis en la ciudadanía de las mujeres, sus derechos sexuales (en términos de promoción de una sexualidad responsable, placentera y libre de riesgos) así como también de sus derechos reproductivos (autonomía para decidir cuántos hijxs tener, en qué momento y con quién o inclusive no tenerlos).

Consideramos que queda todavía un largo camino a transitar para alcanzar resultados firmes a nivel de políticas de salud sexual y (no) reproductiva.

Al respecto, no podemos omitir un eje fundamental para la política pública en materia de salud de las mujeres: la gran deuda en torno a la posibilidad de ampliación de estos derechos y su correspondiente garantía de ejercicio es, sin dudas, la necesidad de un firme tratamiento legislativo que permita el aborto legal, seguro y gratuito en todos los hospitales públicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alayón, Norberto, 2008. [1989] Asistencia y asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?, Lumen-Hvmanitas, Buenos Aires.
- Barrancos, Dora, (2008). Mujeres, entre la casa y la plaza, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre, (1999). Meditaciones Pascalianas, Editorial Anagrama, Barcelona.
- Butler, Judith, 2007. [1990] El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Canevari, Cecilia, (2011). Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública, Barco Edita, Santiago del Estero.
- D' Atri, Andrea, (2004). Pan y Rosas. Pertenencia de clase y antagonismo de clase en el Capitalismo, Ediciones Las armas de la crítica, Buenos Aires.
- Dei, Daniel H., (2006). La tesis. Cómo orientarse en su elaboración, Editorial Prometeo, Buenos Aires.
- De Miguel, Ana y Amorós, Celia (coord.), (2005). Teoría feminista: de la ilustración a la globalización, Editorial Minerva.
- Dorlin, Elsa, (2009). Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista, Ediciones Nueva visión, Buenos Aires.



- Fabbri, Luciano, (2013). Apuntes sobre feminismos y construcción de poder popular, Puño y letra editorialismo de base, Rosario.
- Federici Silvia, (2010). Calibrán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria, Edición Traficantes de sueños, Madrid.
- Foucault, Michel, 1998. [1977] Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber, Murguía Impresiones, México.
- Foucault, Michel, 2003. [1976] Vigilar y Castigar, Industria Gráfica Argentina, Capital Federal.
- Freire, Paulo, (1994). La naturaleza política de la educación, Editorial Planeta, Buenos Aires.
- Gallardo Clark, María Angélica, (1973). La praxis del trabajo social en una dirección científica. Teoría – Metodología - Instrumental de campo, Editorial ECRO, Buenos Aires,
- Gramsci, Antonio, 1986. [1975] Cuadernos de la Cárcel, Vol. 4, Ediciones Era, México DF.
- Le Breton, David, (2002). Antropología del cuerpo y modernidad, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Levín, Silvia, (2010). Derechos al revés: ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?, Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Mayntz, Renate; Holm, Kurt y Húber, Peter, (1975). Introducción a los métodos de la sociología empírica, Alianza Editorial, Madrid.
- Samaja, Juan, (1988). Dialéctica de la Investigación Científica, Editorial Helguero, Buenos Aires.
- Samaja, Juan, (2004). Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica, Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Siede, Liliana Virginia (comp.), (2012). Salud reproductiva y derecho a decidir. Experiencias sobre ligadura de trompas en Buenos Aires, Ediciones CICCUS, Buenos Aires,

ARTÍCULOS

- Bolufer Peruga, Mónica, (2007). “Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos”, en Campos, Ricardo; Montiel, Luis y Huertas, Rafael coord., Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI), Consejo Superior de Investigaciones científicas, Madrid.
- Burín, Mabel, (1992). “Familia y subjetividad femenina: la madre y su hija adolescente” en Giberti Eva y Fernández Ana María, La mujer y la violencia invisible, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
- Casas, Aldo, (2007). “Actualidad de la revolución y poder popular”, en Acha, Omar; Campione, Daniel; Casas, Aldo y otros, Reflexiones sobre poder popular, Editorial El Colectivo, Buenos Aires.
- Del Río Fortuna, Cynthia A., (2008). “Anticoncepción quirúrgica y maternidad: [su] gestión en un servicio de obstetricia” en Tarducci Mónica, Maternidades en el siglo XXI, Editorial Espacio, Buenos Aires.



- Dri, Rubén, (2007). "El poder popular" en Acha, Omar; Campione, Daniel; Casas, Aldo y otros, Reflexiones sobre poder popular, Editorial El Colectivo, Buenos Aires.
- Esteban Galarza, Mari Luz, (2007). "Desafíos teórico-metodológicos del cuerpo. Nuevas aproximaciones desde el feminismo", en Campos, Ricardo; Montiel, Luis y Huertas Rafael coord., Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI), Consejo Superior de Investigaciones científicas, Madrid.
- Fassin, Didier, (2001b.). "Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers", En : Sciences Sociales et Santé, 19, 4, 5-34.
- Lander, Edgardo, (2000). Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico, en Lander Edgardo (comp.), La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas, CLACSO, Buenos Aires.
- Máiz, Ramón, (2003). "Poder, legitimidad y dominación" en Arteta, Aurelio; García Guitián, Elena y Máiz, Ramón (Eds.), Teoría Política: poder, moral, democracia, Alianza, Madrid.
- Moljo, Carina, (2000). "La historia oral y su relación con el Trabajo Social", en Revista Servicio Social & sociedade, N°63, Cortez Editorial, San Pablo.
- Peña, Javier, (2003). "La ciudadanía" en Arteta Aurelio; García Guitián, Elena y Máiz, Ramón (Eds.), Teoría Política: poder, moral, democracia, Alianza, Madrid.
- Pita, Valeria, (2008). "De las certezas científicas a la negociación en la clínica. Encuentros entre médicos y mujeres de las clases trabajadoras. Buenos Aires. 1880-1900", en Carbonetti, Adrián y González Leandri, Ricardo, Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX, Centro de Estudios Avanzados, UNC, CONICET, Córdoba.

ARTÍCULOS ELECTRÓNICOS

- Bloch, Ernst, Marx y la dialéctica idealista, Marxists Internet Archive, 2009. [1949]. <https://www.marxists.org/espanol/bloch/1949/a.htm> [Consultado 12-11-2014].
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. <http://www.cnm.gov.ar/LegInternacional/ConvencionEliminacionTodasFormasDeDiscriminacionContraLaMujer.pdf>. [Consultado 12-05-2014].
- González Vázquez, Araceli, Michel Foucault, Judith Butler, y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y reconstructivas de la intersexualidad, Universidad de Cantabria. <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewFile/657/659>. [Consultado 24-09-2013].
- Ley 17132. <http://www.notivida.com.ar/legnacional/Ley%2017132%20ejercicio%20de%20a%20medicina.html>. [Consultado 12-05-2014].
- Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php>. [Consultado 12-05-2014].



Ley 26.130. <http://www.infoleg.gov.ar/>. [Consultado 12-05-2014].

Maffia, Diana, "Ciudadanía sexual. Aspectos personales, legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos" en Revista Feminaria, Año XIV, N° 26/27, 2007. <http://www.cuentaconmigo.org.mx/articulos/maffia.pdf>. [Consultado 12-08-2013].