

Experiencias, opiniones y prácticas acerca de la ligadura de trompas. Un estudio exploratorio en el Servicio de Obstetricia de un Hospital General de Agudos del GCBA ¹.

María Cecilia Gianni ² y Nina Zamberlin ³

Resumen

Este estudio aborda el proceso de atención de la ligadura de trompas en un hospital del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El mismo atiende la demanda de sectores vulnerables de la ciudad, y de otros que, residiendo en el gran Buenos Aires, se trasladan a la ciudad en búsqueda de atención médica.

El estudio corresponde a una etapa de transición entre dos marcos normativos opuestos, a partir de la sanción de la ley nacional 26.130 en 2006.

Al igual que otras cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, la práctica de la anticoncepción quirúrgica o ligadura de trompas, ha sido históricamente un tema controvertido y su acceso está marcado por la disponibilidad de los profesionales para realizarla y la profunda inequidad entre mujeres de diferentes estratos sociales.

El estudio se planteó como objetivo analizar la experiencia y el impacto de la ligadura de trompas en la vida de las mujeres; y las opiniones y prácticas de los profesionales de la salud acerca de esta práctica.

Se trata de un estudio descriptivo de carácter exploratorio, que implementó un diseño metodológico cualitativo combinando técnicas de entrevista en profundidad, reconstrucción de historias de vida y observación del proceso de atención.

Palabras clave: ligadura tubaria / sexualidad / experiencias, representaciones y prácticas.

Keywords: female sterilization or tubal ligation /sexuality / experiences / representations and practices.

En esta oportunidad, presentamos un estudio socioantropológico que aborda el proceso de atención de la anticoncepción quirúrgica en un hospital general de agudos perteneciente a la red asistencial de la Ciudad de Buenos Aires.

Como objetivo general el estudio buscó aproximarse a las experiencias de mujeres que ligaron sus trompas y a las opiniones y prácticas del equipo de salud acerca de la implementación de la misma.

De modo específico: describir las pautas y criterios institucionales de la ligadura de trompas en los últimos cuatro años; el perfil sociodemográfico y la historia reproductiva de las

¹ Proyecto PICT 38286. AGENCIA-FONCYT.

² Fac. Filosofía y Letras -UBA / Cesac 41-Htal. Argerich, macegi71@yahoo.com.ar

³ CEDES, ninazamberlin@yahoo.com.ar

mujeres que se han ligado las trompas; los motivos que llevaron a las mujeres a solicitar la ligadura de trompas y la valoración de su estado actual; y las opiniones y actitudes de los profesionales de la salud acerca de la ligadura.

El trabajo de campo se realizó en los servicios de obstetricia y ginecología de un hospital general de agudos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ubicado en el barrio porteño de Flores.

Este hospital es un referente en el tema de la ligadura tubaria por haber sido pionero en implementar un protocolo de atención en el tema, y presentar un servicio receptivo a los requerimientos de las mujeres, absorbiendo la demanda de mujeres expulsadas y/o derivadas desde otros hospitales.

Esta investigación es un estudio descriptivo de carácter exploratorio, que implementó un diseño metodológico cualitativo combinando técnicas de entrevista en profundidad, reconstrucción de historias de vida y observación participante del proceso de atención.

Para el análisis de las entrevistas se partió de un enfoque hermenéutico⁴ de los análisis de relatos de vida, recuperando el carácter histórico de las trayectorias de vida de las mujeres.

Metodológicamente se examinaron los relatos como modo de acceso a sus experiencias.

Con respecto a la técnica de relatos de vida, ésta se estructura en torno a algún hito significativo vivido por la persona, que se accede a partir de preguntas precisas que se concentran en un tema (la ligadura tubaria). Aporta información sobre las condiciones, situaciones y circunstancias de orden técnico, sociocultural, económico y afectivo que rodean al evento. A diferencia de lo que ocurre con la historia de vida, el relato de vida apunta a desplegar un tema en toda su profundidad, relevar información exhaustiva, significados y experiencias circunscriptas a un aspecto o momento específico.

El relato es un proceso de recolección y re descubrimiento que historiza la vida, reordena las vivencias y eventos según una lógica subjetiva, de modo que el pasado, el presente y el

⁴ La hermenéutica es una rama de la filosofía reflexiva que da cuenta del conflicto entre las diferentes interpretaciones de los símbolos del lenguaje, y que sostiene que el "ser" es lenguaje y únicamente éste posibilita lo real, porque es el medio a través del cual el "ser" se deja oír. Dicho enfoque pone el acento en la interpretación y comprensión de la realidad como una gran obra textual inconclusa que se comporta de manera análoga a como lo hace el lenguaje escrito. La hermenéutica (interpretar y descifrar el/los sentido/s de los mensajes) nos permitió analizar e interpretar las narrativas en tanto producto de una intersubjetividad dialógica que refiere siempre a varias personas cuyas voces están presentes en el relato. El enfoque hermenéutico nos habilitó a penetrar en el contexto de producción del proceso de significación de las mujeres entrevistadas, captando el sentido en su con-texto dialógico.

futuro están implicados en la dinámica de la experiencia. El análisis desde un enfoque hermenéutico nos ha permitido penetrar en la reconstrucción del pasado biográfico y comprender las formas de significar la experiencia de la ligadura de trompas.

Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas y de la observación participante de algunas actividades y reuniones de los miembros del equipo de salud.

Fueron entrevistados 12 profesionales del equipo de salud (8 de ellos pertenecientes al servicio de obstetricia y 4 al de ginecología): jefa del servicio de obstetricia, jefa y sub-jefe del servicio de ginecología, médicos de planta de ambos servicios, obstétricas, médicos de guardia, residentes.

Se aplicó una guía de pautas semiestructurada con preguntas abiertas. Las entrevistas fueron grabadas y el material resultante desgrabado y editado.

Con respecto a las mujeres, fueron entrevistadas 13 mujeres, 11 de ellas accedieron a la anticoncepción quirúrgica años antes de sancionada la ley en 2006.

Las mujeres fueron contactadas telefónicamente por el profesional que las atendió oportunamente, quien les solicitó la participación voluntaria en el estudio previo consentimiento informado, tomando de este modo los recaudos éticos pertinentes. Una vez contactadas, se iniciaron las tareas de campo y se fijó el número de encuentros necesarios con cada mujer. Las mujeres fueron entrevistadas en el hospital.

Cabe destacar que la realidad analizada en este estudio corresponde a una etapa de transición entre dos marcos normativos opuestos, marcada por la sanción de la ley nacional 26.130 del 2006. Asimismo, los testimonios de las personas entrevistadas presentan características diferentes de acuerdo al momento cronológico en que se inscribe la experiencia de solicitar la práctica de la ligadura tubaria, y el lugar geográfico donde iniciaron dicha solicitud.

El análisis de los datos atendió a cuestiones socioeconómicas y culturales de inscripción de los sujetos y a cuestiones de género que, en tanto construcción social, refiere a comportamientos, valores, actitudes, roles y sentimientos que la sociedad considera propios del ser varón o ser mujer. Acordamos con Campbell (1999), cuando señala que tanto las condiciones de acceso a la atención médica de personas que viven en contextos de precariedad, como la capacidad de los servicios para efectivizar tratamientos, son cuestiones cada vez más centrales, en las cuales el género emerge como un diferencial. Para el análisis de los datos se realizó un análisis del discurso buscando aprehender los temas recurrentes en los relatos y las categorías subyacentes en torno a las cuales se

organiza el discurso. Se establecieron encadenamientos y asociaciones temáticas y se fue recomponiendo el análisis por medio de "frases temáticas" contextualizadas, que describen, grafican y sintetizan temas o subtemas presentes en los relatos.

La ligadura de trompas, también llamada esterilización femenina o contracepción quirúrgica, provee anticoncepción permanente a las mujeres que no desean tener (más) hijos. Es una operación quirúrgica simple y sin riesgo que se realiza para que la mujer no pueda quedar embarazada por vía natural. El procedimiento de la ligadura tubaria es muy seguro, y los riesgos que puede implicar son los que se relacionan con la utilización de anestesia o lesiones accidentales durante el procedimiento. Se estima que aproximadamente 5 de cada 100.000 mujeres pueden sufrir alguna complicación como consecuencia de la ligadura.

La ligadura de trompas es un método altamente efectivo. El *US Collaborative Review of Sterilization* (CREST) es un estudio prospectivo, multicéntrico, observacional guiado por el *Center of Disease Control* de Estados Unidos sobre el uso de anticoncepción quirúrgica en ese país. Abarca 10.685 mujeres por un período de 10 años (1978-1988). Los hallazgos muestran que la tasa de embarazos luego del procedimiento de ligadura fue de 1.85%. La razón más común de falla de la ligadura es que la mujer ya estaba embarazada al momento de realizar la esterilización. Puede ocurrir si el médico confunde las trompas de Falopio por otra estructura del cuerpo y liga o corta en el lugar equivocado. También puede suceder que los broches colocados se abran o que los extremos cortados de las trompas crezcan y se junten nuevamente o que se formen aberturas anormales en la trompa que permitan la salida del óvulo (Hatcher et al, 1999).

La mayoría de las mujeres que así lo deseen puede hacerse la esterilización luego de recibir consejería adecuada y dar su consentimiento informado.

Según la Organización Mundial de la Salud, la ligadura puede usarse a cualquier edad, pero se aconseja dedicar más tiempo al asesoramiento de las mujeres más jóvenes por su mayor probabilidad de arrepentimiento. La información debe incluir la descripción del procedimiento, su carácter permanente, las posibles complicaciones, los beneficios, la posibilidad de falla, las alternativas de otros métodos anticonceptivos disponibles, y la necesidad de usar otros métodos de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

La ligadura tubaria ya no se considera un método de esterilización sino más bien de infertilización. Esto se debe a la existencia de diferentes formas de fertilización asistida por

las cuales una mujer ligada podría quedar embarazada, y también a las posibilidades de reversión de la ligadura que oscilan entre 50 y 80% dependiendo del tipo de técnica utilizada, el lugar de la oclusión y el estado de los tejidos. Sin embargo, a la hora de brindar consejería y orientación a una mujer o pareja que solicita la ligadura, debe considerarse un método permanente ya que si bien la recanalización es posible, la cirugía para revertirla es difícil y costosa, y no puede garantizarse su éxito.

Una revisión de 21 estudios realizados por *Family Health International* (FHI) en 1994 muestra que las estimaciones acerca del número de mujeres arrepentidas luego de haberse realizado la ligadura varían notablemente. A pesar de las diferencias en la cantidad de mujeres arrepentidas, los estudios identifican una serie de factores y características comunes vinculadas al arrepentimiento. Entre éstas una de las más importantes es la edad (mujeres menores de 30 años al momento de ligarse), haber sido presionada o dejar que otro tome la decisión (pareja o médico), no haber recibido consejería suficiente, clara y concreta, tomar la decisión inmediatamente después del parto, volver a casarse, y la muerte de un hijo (Chi *et al*, 1994).

La bibliografía también presenta evidencia sobre los cambios físicos, psicológicos y de calidad de vida que las mujeres identifican con relación a la ligadura. En este sentido se señalan repercusiones positivas como la tranquilidad y seguridad de que no quedarán embarazadas (Osis *et. al*, 1999).

Normativa Nacional

Al igual que otras cuestiones ligadas a la salud sexual y reproductiva, la práctica de la ligadura de trompas en el país ha sido históricamente un tema altamente controvertido y su acceso está marcado por una profunda inequidad entre las mujeres de diferentes estratos sociales.

En la Argentina, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos fue tardío en relación a otros países de la región. Las cuestiones ligadas a la salud sexual y reproductiva estuvieron ausentes de la agenda pública hasta la década del noventa, y anterior a esa fecha las intervenciones gubernamentales se limitaron a acciones de carácter restrictivo.

Durante décadas, la práctica de la anticoncepción quirúrgica ha sido afectada por una serie de instrumentos legales que la prohibían o restringían severamente. En ese marco las instituciones de salud públicas exigían una autorización judicial para realizarlas. Estas

normas incluyen el Código Penal, la ley 17.132⁵ (1967) que regula el ejercicio de la medicina, y la ley 25673⁶ (2002) de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que excluía a la anticoncepción quirúrgica ya que exigían que los métodos anticonceptivos fueran "reversibles, no abortivos y transitorios" (art.6, inciso). Ambas fueron modificadas por la ley nacional 26.130 (2006) de anticoncepción quirúrgica que autorizada estas prácticas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado. Previo a la sanción de la ley nacional 26.130, aún mediando la justificación terapéutica y la prescripción de la ligadura tubaria por parte del médico, los equipos de salud con frecuencia se negaban a realizar la práctica sin una autorización judicial por temor a posibles consecuencias legales.

La ley nacional 26.130 denominada "Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica" fue sancionada por el Congreso el 9 de agosto de 2006.

- Esta ley autoriza a toda persona mayor de edad a acceder a intervenciones quirúrgicas anticonceptivas, como la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía, en los servicios del sistema de salud.
- Las intervenciones quirúrgicas deben ser realizadas sin cargo en el sistema público de salud, las organizaciones de seguridad social y las entidades de medicina prepaga, que deberán incorporar esas prácticas a su cobertura.
- Con la entrada en vigencia de esta ley, las prácticas de ligadura de trompas y vasectomía quedarán autorizadas para toda persona "capaz" y "mayor de edad" que lo requiera formalmente, con el único requisito previo de que otorgue su consentimiento informado.

⁵ En primer lugar, el artículo 91 del Código Penal (Libro II Delitos contra las personas, Capítulo II, Lesiones) establece que se impondrá "reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjera una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, un miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir". Desde la perspectiva jurídico-penal, ante una indicación terapéutica fundada, se entiende que hay ilicitud cuando la lesión corporal y/o mutilación responde a una necesidad médica justificada.

⁶ La ley 17.132 (Art 20, inciso 18) de 1967 que regula el ejercicio de la práctica médica, hasta el año 2006, prohibía a los profesionales que ejerzan la medicina "practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores". Indicación terapéutica se entiende como la presencia de una patología demostrada. Esto podía ser extremadamente limitante ya que exigía "agotar todas las vías para tratar de conservar los órganos reproductores afectados" antes de realizar una intervención que implique esterilización. En este marco, la interpretación del requisito de que exista una "indicación médica precisa" por lo general se limitaba a un riesgo sobre la salud física. Y, si no existía una indicación terapéutica que estableciera la necesidad de la intervención, podía constituir el delito de lesiones gravísimas.

- La única excepción mencionada en el proyecto hace referencia a las personas declaradas "judicialmente incapaz", para quienes "es requisito ineludible la autorización judicial" solicitada por su representante legal.
- Los médicos encargados de realizar la operación deben informar al paciente "la naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar", "las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados", y "las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias".
- El personal médico o auxiliar puede interponer el derecho de "objeción de conciencia" para no realizar la práctica, "sin consecuencia laboral alguna".

Uno de los objetivos de la ley 26130 fue armonizar la legislación vigente en el país y garantizar el derecho a la igualdad en todo el territorio del país, ya que varias provincias habían ya legislado acerca de los métodos de anticoncepción quirúrgica (Neuquén, Chaco, Santa Fe, La Pampa, Río Negro, Tierra del Fuego, Mendoza y Ciudad de Buenos Aires). En este sentido, las leyes provinciales preexistentes a la ley nacional que establecieran más requisitos o mayores condiciones que la ley nacional para la realización de las prácticas de anticoncepción quirúrgica, deben ceder ante la ley nacional y en ningún caso podrán restringir los derechos que ésta garantiza⁷.

Cabe destacar que aún con la ley nacional, hoy a dos años de su sanción muchas personas encuentran dificultades para acceder a la anticoncepción quirúrgica en el sistema público de salud. Algunas jurisdicciones desconocen la vigencia de la ley nacional o la consideran no válida por la ausencia de reglamentación. Esto es particularmente frecuente en hospitales provinciales y municipales de la Provincia de Buenos Aires que rechazan las solicitudes de mujeres aún cuando se trate de grandes multíparas y exigen la autorización judicial. Esta realidad obliga a muchas mujeres del conurbano bonaerense a recurrir a los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires para poder acceder a su derecho a la ligadura de trompas.

Frente a esta realidad, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires elaboró la resolución 4559/07 por la cual aprueba los formularios tipo para el otorgamiento del consentimiento informado exigido por la ley 26.130 respecto de las prácticas de ligadura y vasectomía. Sin embargo, la negativa de muchos servicios de salud para realizar estos procedimientos aún continúa en algunos distritos.

Normativa de la Ciudad de Buenos Aires

⁷ Para mayor información acerca de la vigencia de la ley nacional en todas las jurisdicciones del país ver el documento "Vigencia de la ley de anticoncepción quirúrgica" elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación.

Entre 1999 y 2003 se presentaron ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires varios casos de mujeres que habían solicitado la ligadura de trompas (en base a antecedentes médicos que mostraban los riesgos para la salud que podía generar un nuevo embarazo) y a quienes los servicios de salud exigían la obtención de una autorización judicial. Como respuesta, la Defensoría del Pueblo, por medio de la resolución 223/00, recomendó al secretario de salud que dicte las reglamentaciones o instrucciones necesarias a fin de evitar que se exija autorización judicial a las mujeres con indicación médica precisa para practicar la ligadura de trompas, a fin de evitar riesgos a la vida o lesiones a su salud.

En este contexto, a fin de consensuar criterios, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, conjuntamente con la Secretaría de Salud del GCBA, consideraron pertinente convocar a un grupo multidisciplinario de expertos para discutir sobre el contenido de la resolución 223/00 de la Defensoría del Pueblo.

Basada en el Consenso de Expertos del 2000 y las resoluciones 2079/99, 26/00, 223/00 y otras de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en 2003, promovió la resolución 874/03 que establece el procedimiento frente a las solicitudes de ligadura de trompas.

La resolución 874/03 plantea que la ligadura tubaria debe ser analizada y resuelta en concordancia con todas las normas que regulan el ejercicio profesional y con especial atención a lo dispuesto por la Constitución Nacional, los tratados internacionales, así también de acuerdo con lo estatuido en el artículo 37 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires que reconoce los derechos reproductivos como derechos humanos básicos y las previsiones de los art. 4 inc. a,b,e y n de Ley Básica de Salud (153) de la Ciudad de Buenos Aires. Plantea que la ligadura tubaria es una opción excepcional a adoptarse en los casos en que los métodos anticonceptivos no puedan ser utilizados por la mujer debido a dificultades de orden físico clínico y/o psicológico o social, y que será accesible a las mujeres cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte del/la médico/a o equipo interdisciplinario de salud tratante. También plantea que sólo se realizará previo consentimiento informado de la mujer, entendido como un proceso de decisión y que por lo tanto no requiere autorización judicial ya que es una decisión que se entra 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. Por último, si bien plantea el respeto a la objeción de conciencia de los/las profesionales mediante la firma de un documento público, aclara que se deben arbitrar los medios para su realización.

Análisis de entrevistas

La edad promedio de las mujeres entrevistadas es de 34.3 años, con un promedio de 4.7 hijos (con un rango que va de 1 a 8 hijos). La amplia mayoría de las entrevistadas estaba casada o unida.

En su mayoría las ligaduras se realizaron entre los años 2004 y 2006. En promedio transcurrieron 2 años entre la ligadura y el momento de la entrevista. En sólo 2 de los 15 casos estudiados los procedimientos fueron realizados en el marco de la ley nacional Nº 26.130, y el resto se hicieron de acuerdo a lo establecido en la resolución 874/03 de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La mayoría de los procedimientos se realizaron intra-cesárea o post-parto, excepto en 2 casos que fueron ligaduras de intervalo, 6 y 5 años luego del último parto.

Más de la mitad de las mujeres tenía cesáreas previas, y una alta proporción de éstas tenía cesáreas repetidas (4 mujeres tuvieron 4 cesáreas y una tuvo 6).

La mayoría de las mujeres ligadas presentaba problemas de salud como hipertensión, diabetes, obesidad, hipotiroidismo, enfermedades congénitas, y cáncer de ovario. Asimismo, dos mujeres tenían hijos con problemas neurológicos. Estas condiciones sirvieron para justificar la autorización de la ligadura.

Todas las entrevistadas fueron ligadas en el hospital (una de las entrevistadas había sido ligada anteriormente en otro hospital de la Ciudad pero quedó embarazada nuevamente, y luego del parto se le practicó nuevamente la ligadura).

La mayoría llegó al hospital por recomendación o derivación vinculada a la posibilidad de obtener la ligadura, en muchos casos proveniente del Gran Buenos Aires. Las derivaciones fueron hechas principalmente por el Centro de Estudios Sociales y de Políticas para el Desarrollo Humano (CESPPEDH), una organización ubicada en la localidad de San Miguel que, ante las reiteradas dificultades para que las mujeres accedieran a la ligadura en los hospitales de ese distrito aún cuando presentaran una indicación médica, implementó un mecanismo de derivación al hospital, con el aval de su dirección.

En general se trata de mujeres de bajos recursos - algunas en situación de extrema pobreza- y sin cobertura médica. Muchas son beneficiarias de planes sociales.

Las mujeres han relatado las trayectorias reproductivas y su experiencia en el uso y falla de MACS. Las entrevistadas presentan un alto conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos. Los métodos más conocidos son los anticonceptivos orales, el DIU y el preservativo masculino. Los menos mencionados incluyen la anticoncepción de emergencia y la vasectomía.

La mayoría de las mujeres entrevistadas había utilizado uno o varios métodos anticonceptivos previo a la ligadura. Una sola entrevistada reportó solo haber utilizado el coito interrumpido.

Jamás tomé nada. No me gustó nunca, me cuidé siempre así mi marido... pero bueno parece que acá falló. Se cuidaba él, no usábamos preservativo, como es mi marido hace 20 años no tengo por qué cuidarme de nada, y así funcionó durante 11 años entre el primer y el segundo embarazo (Norma, 2 hijos)

Algunas mujeres reportan problemas de acceso a los métodos anticonceptivos a lo largo de sus trayectorias anticonceptivas, particularmente barreras económicas.

Yo tuve tantos chicos porque yo soy misionera, nosotros allá los anticonceptivos los teníamos que comprar, entonces yo de golpe cada año, cada año y medio me quedaba embarazada.... si yo me quería cuidar tenía que comprar y para comprar y dejar que los chicos pasen hambre era preferible que uno se quede embarazada.... Acá la mujer tiene mucha posibilidad si tiene tantos chicos es porque uno quiere, no es como en la provincia, en la provincia uno sufre (Tolentina, 8 hijos)

En algunos casos las mujeres tuvieron experiencias negativas ya que el método utilizado falló y quedaron embarazadas cuando no deseaban hacerlo. Los relatos develan trayectorias anticonceptivas que alternan una variedad de métodos de diferente eficacia (utilizados con diferentes grados de continuidad a con discontinuidad) con períodos de desprotección anticonceptiva.

Yo en una época tomé pastillas pero como tengo hipotiroidismo me trajo un desequilibrio hormonal terrible, no pude tomar más. El de las fechas a mí no me resultó, quedé dos veces embarazada. Después todo el tiempo con preservativos, pero no era todo el tiempo, no era en toda la relación el preservativo por eso quedé embarazada. Pero viste mi marido siempre me preguntaba ¿se puede? ¿no se puede? Yo siempre le decía sí o no y una vez no me preguntó y quedé embarazada hasta la cabeza.(Haydeé, 7 hijos)

Puede ser un 99% seguro pero podés llegar a tener esa desgracia de ser el 1%, si el DIU se te corre, se te mueve. Mi primo nació y mi tía tenía un DIU, así que para mí no era una buena opción. Después están las pastillas... o sea el endocrinólogo me dijo pastillas no porque tengo problemas hormonales y meterme hormonas mejor no, no, y no (Verónica, 2 hijos)

Algunas trayectorias incluyen fracasos reiterados con diferentes métodos que pueden explicarse en parte por déficit de información clara y oportuna (por ejemplo, el caso del plazo máximo de uso de la anticoncepción para lactancia, o la posibilidad de que determinada medicación pueda contrarrestar el efecto de los anticonceptivos orales) pero también por una combinación de condiciones de salud desfavorables para la utilización de algunos métodos.

Al principio me cuidé con lo de los días... También usé pastillas e inyecciones... y óvulos también usé... un óvulo anticonceptivo que es como una cosa que se pone, que se hace una gelatina horrible. Pero eso usaba únicamente cuando tenía relaciones... encima había que programar la relación. Con cada uno me fue mal. Aparte lo que los médicos te dicen: "lo tomaste mal", pero no te podés equivocar 10 millones de veces y siempre te quedaste embarazada, ¿todas las veces me equivoqué? Con las inyecciones yo me quedé embarazada. Yo sabía que tal fecha tenía que ir y ponérmelo y no errarle a esa fecha. El profiláctico me lo suspendieron porque soy alérgica. El DIU no me lo podían poner porque según el ginecólogo yo tenía inflamaciones a reiteración, pero nunca me hicieron todos los estudios, nunca me lo llegaban a poner, porque siempre me pasaba algo... (Silvia, 7 hijos)

Los motivos para solicitar la ligadura refieren a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres en el sentido en que sus vidas transcurren en situaciones y escenarios de precarización y riesgo.

En primer lugar se ubica el querer limitar los embarazos en forma definitiva por haber alcanzado o superado el número de hijos deseado.

Lo único que me interesaba era no tener hijos. Desde el cuarto embarazo lo quería hacer, no me interesaba lo que me hicieran (...) pedí a Dios que me hicieran la ligadura y no tener mas hijos porque yo sabía que iba a tener mas hijos, era muy fértil (Haydée, 7 hijos)

Con frecuencia las motivaciones se apoyan en la difícil situación socioeconómica, y la imposibilidad de proveer materialmente las necesidades de un nuevo hijo. Los motivos económicos con frecuencia se combinan con razones de salud que se agravan con el embarazo o que dificultan la posibilidad de la mujer de atender las demandas de un bebé, de niños con poca diferencia de edad, o una familia numerosa. En dos casos las entrevistadas tenían hijos con problemas neurológicos que demandaban atención especial y limitaban su posibilidad de atender más hijos. Una entrevistada con un solo hijo era portadora de una enfermedad congénita que había transmitido a su primer hijo que perdió la vista. Tanto el temor a que esto ocurriera nuevamente como su voluntad de dedicarse exclusivamente a su hijo enfermo la llevaron a decidir por un método permanente.

Cuando me quedé embarazada lo primero que pensamos fue en el riesgo porque era un embarazo de riesgo. Entonces decidimos por la ligadura y lo hablé con la médica. Hasta que vino un día mi esposo también y lo hablamos con ella y me dijo que sí, que clínicamente también tenía motivos para pedir la ligadura, que no era una locura que me pasó por la cabeza a mí, más que nada era por mi salud. La verdad que el embarazo me trae muchas complicaciones, por el sobrepeso por el hipotiroidismo, por la hipertensión en los embarazos, son muchas cosas, aparte ya teníamos 2 y tampoco queríamos tener más (Betina, 2 hijos)

Los antecedentes de falla en el uso de métodos anticonceptivos y las cesáreas repetidas también son motivo para optar por la ligadura.

No fue sino hasta el 2004 que se empezó a realizar la anticoncepción quirúrgica a mujeres que atienden su embarazo, y en menor medida a aquellas que solicitan voluntariamente dicha práctica en el servicio de obstetricia del hospital, instrumentada, desde entonces, por el equipo de salud reproductiva. Esto se da en el contexto en que se dictamina la resolución 874/03 que habilitaba a la realización de la ligadura tubaria bajo indicación médica en caso de riesgo de salud.

Dado que la ligadura tubaria es una intervención “irreversible” sobre el cuerpo de otro, connota por un lado una dimensión ética, y por otro, la necesidad de contar con un resguardo médico frente a una posible denuncia por mala praxis. En este sentido, y contemplando estos dos aspectos: el ético y el legal, el equipo de salud instrumentó la aplicación de un consentimiento informado, en el marco de un protocolo de atención en ligadura tubaria.

(...) Con la resolución de 2004 para nosotros fue establecer una guía de procedimientos para todos, como una modalidad de trabajo. Formulamos la guía con la problematización en torno a la autonomía y al consentimiento de las mujeres. La guía de esa época ya habla de la autonomía....pero no era el espíritu, era una razón biomédica, para salvaguardar al médico. (Jefa del servicio de obstetricia)

El protocolo fue pensado para definir ciertas pautas y criterios incluyentes/excluyentes para la realización de la ligadura. El nudo estructurante del protocolo radica en una buena consejería, entendida como una orientación brindada por los profesionales.

Antes de la sanción de la ley 26.130, los criterios que sustentaban la realización de la ligadura tubaria se basaban, exclusivamente, en parámetros clínicos de patologías pre-existentes que ponen en riesgo la vida de la mujer frente a un nuevo embarazo.

(...) antes de que esto fuera sancionado como ley había ciertas pautas para hacer una ligadura de trompas, no se hacía a toda mujer que lo solicitaba, sino que tenía que cumplir ciertos requisitos, como por ejemplo no poder usar otro método anticonceptivo, y presentar razones de salud, etc. etc. Eh, bueno, bajo ese marco se empezaron a hacer acá... (Jefa del servicio de ginecología).

Siguiendo de cerca a Deborah Gordon (1988) consideramos pertinente realizar una reflexión acerca de los fundamentos de la biomedicina que desde un inicio, vienen configurando el tratamiento de la ligadura tubaria. Entre ellos predomina la mirada biologicista centrada en un enfoque individual y ahistórico.

La biomedicina se proyecta sobre distintas dimensiones de la vida de los sujetos (entre la que se encuentra la salud sexual y reproductiva), medicalizándola.

“La medicina implica modos de orientar el mundo (cosmología), concepciones acerca de la realidad y el ser (ontología), concepciones acerca del conocimiento y la verdad (epistemología)” (Gordon, D., 1988:18)

El biologismo plantea una separación esencial entre la naturaleza y la experiencia del sujeto, que es lo mismo que decir que la biomedicina plantea una separación esencial entre la salud-enfermedad como cosa en sí misma que posee una lógica propia y la experiencia – necesidad subjetiva de la persona.

Desde aquí, argumentos como el deseo de la mujer de no tener más hijos y querer poner fin a su vida reproductiva, la experiencia de falla de otros métodos, la situación socioeconómica y las trayectorias reproductivas de la mujer, no eran consideradas razones suficientes para aprobar la realización de la anticoncepción quirúrgica.

Actualmente, si bien los criterios de acceso a la ligadura se han flexibilizado y adecuado a lo estipulado por la ley nacional 26.130 de anticoncepción quirúrgica (que subraya la decisión autónoma de la mujer y garantiza el acceso a la práctica quirúrgica como opción anticonceptiva definitiva, a cualquier mujer mayor de 21 años, sin discriminar si ésta ha tenido o no hijos al momento de solicitarla, siempre y cuando ella otorgue su consentimiento informado), hay una tendencia a condicionar, dirigir y/o decidir sobre los comportamientos y decisiones de las mujeres con respecto a su cuerpo, sexualidad y vida privada, aún entre aquellos profesionales más progresistas que sostienen un discurso de derechos y autonomía de la mujer.

Tiene que haber una indicación médica, y dentro de la indicación médica está lo somático y lo psíquico. Eh, creo que más allá del pedido de la mujer, que puede optar, el médico por más que tenga el aval de una ley debe ser el mediador, el filtro que puede evaluar realmente si la mujer finalmente se va a sentir beneficiada a lo largo del tiempo con ese método... (Médico de planta de obstetricia).

Acá la modalidad es darles consejería, ofrecerles métodos, ver bien la situación si hay alguna enfermedad de base o riesgo de vida, que no sea un recurso de desesperación sino una decisión realmente, y después bueno, se hace. Se la orienta, se da mucha consejería, salud reproductiva, muchas después de la consejería se deciden por un método. (Médica del servicio de obstetricia).

La ligadura de trompas sigue representando para el equipo de salud un debate ético, que encubre, en algunas oportunidades, valoraciones en torno a la salud reproductiva de las mujeres. En este sentido, algunos profesionales han planteado que los criterios como la edad y la historia reproductiva de la mujer deben ser tenidos en cuenta a la hora de aprobar la realización de la cirugía.

Ahora, con la ley los requisitos de acceso a la ligadura se modificaron, ya no tienen que tener miles de hijos, o un problema de salud de base, en general cualquier mujer puede acceder, según lo que dice la ley cualquier mujer, es decir, yo no estoy de acuerdo pero, la ley dice que cualquier mujer que elija la ligadura de trompas para siempre hay que aceptarlo, obviamente que lo tiene que escribir bien.

¿Y por qué no estás de acuerdo?

Porque yo pienso, porque me han tocado acá casos y me tocaron en mi actividad en privado, que la mujer este, por ahí tiene un hijo y considera que la ligadura de trompas es el sumun y que después si quiere tener otro se desliga. Eso es una mentira que lo tienen que saber. La ligadura de trompas es definitiva... es una castración... me ha pasado más de una vez, mujeres que tenían hecha la ligadura de trompas y cambian de pareja, y la pareja nueva les pide un hijo. Acá ha pasado, que tenía un solo hijo, 27 años, y la verdad que yo me quedé. Le dije "no es lo aconsejable". Pero me dijo "yo soy responsable de mi cuerpo y lo quiero, listo, chau. No le voy a decir que no. Pero esto lo tiene que saber. (Jefa del servicio de obstetricia).

Entre los profesionales que conciben a la ligadura de trompas como un derecho, persisten opiniones acerca de situaciones que ameritan y justifican, sin ninguna duda, la ligadura de trompas. Pareciera existir una tipificación de mujeres candidatas "naturales" a la ligadura de trompas.

Hay casos ciento por ciento justificados. Eh, bueno, yo creo que primeramente debe haber una necesidad. Y creo que no todas las mujeres tienen un acceso permanente y constante a poder programar su familia, eh... hay que evaluar si pertenece o no a un grupo de alto riesgo, si hay un entorno social, una posibilidad económica que gracias a dios actualmente ya no es un problema, y obviamente hay una cantidad de antecedentes que son los médicos, en cuanto a antecedentes de cesáreas repetidas, enfermedades de base, que no harían aconsejable continuar con embarazos no deseados y no programados. ...o si hay una enfermedad de base, y cuando hablo de enfermedad hablo de lo orgánico y lo psicológico. (Médico jefe de ginecología).

Con respecto al acceso a la ligadura antes de la existencia de la ley, las mujeres relataron los múltiples barreras que debieron atravesar para acceder, finalmente a la ligadura. Los caminos de acceso a la ligadura son equiparables a auténticas maratones o carreras de obstáculos en las que se destaca la tenacidad de las mujeres en alcanzar la meta y conseguir su objetivo. Los recorridos incluyen deambular por diferentes instituciones de salud, trasladarse de jurisdicción, iniciar y llevar adelante trámites judiciales (incluyendo en algunos casos someterse a un peritaje médico), recurrir a autoridades municipales, y consultar organizaciones de la sociedad civil. Para algunas mujeres, la búsqueda de respuestas llevó años, también significó nuevos embarazos no buscados y riesgos para su salud.

Una conocida se ligó, tres nenas tiene, y ellos habían perdido un embarazo, porque ella tiene problemas de salud también. Ella en el segundo embarazo le dijo al médico que se quería ligar y no se lo hicieron, y a los 5 meses se quedó embarazada y se quería morir. Porque encima ella había tenido por cesárea a las nenas, así que ahora sí con la tercera se

la hicieron. Pero ella lo hizo particular, le cobraron por hacérselo, se lo cobraron aparte. (Verónica, 2 hijos)

Las mujeres derivadas al hospital desde la provincia de Buenos Aires, se encontraron con una actitud receptiva a su demanda. No obstante esto, debieron 'legitimar' su solicitud con un problema de salud, de hecho, la mayoría de las entrevistadas tenía alguna condición de salud para la cual un nuevo embarazo significaba un riesgo (para algunas grave). Pero hubo casos donde esta 'legitimación' no fue fácil y el proceso prolongó los maratónicos recorridos previos sumando angustia y desesperación a medida que se acercaba la fecha del parto.

El riesgo para la salud como justificación para la ligadura es entendido exclusivamente en términos biológicos. El caso de una de las mujeres entrevistadas, ilustra claramente esta percepción. Es madre de 7 hijos, se atendió en el hospital a partir de su cuarto embarazo, siempre con la misma médica. En el cuarto embarazo solicitó la ligadura, pero su pedido fue rechazado por no presentar ninguna patología o condición de salud que pudiera servir como justificación, a pesar de que la mujer refiere alto grado de angustia y ansiedad frente a la posibilidad de un nuevo embarazo, experiencias negativas con algunos métodos anticonceptivos y una decisión muy clara de no querer tener más hijos. Esta mujer tuvo que tener 3 hijos más para que finalmente su pedido fuera considerado válido.

Lo logré recién con el séptimo hijo. La doctora me dijo que en el séptimo embarazo estaban ligando las trompas (año 2005). Mirá que hice los trámites para todos los embarazos siguientes, yo traje papeles, yo tengo un problema en la vista que con los embarazos no sé que pasaba, voy a perder la vista de a poco, incluso utilizamos esa excusa. Y tampoco. Me volvían a decir lo mismo, que era ilegal en este país, que solo podía acceder si yo pedía permiso a un juez. Era como una pared". Con el séptimo embarazo cambió... la doctora casi se desmaya... fuimos a hablar las dos juntas porque ya ella me conocía, conocía mi realidad, y me dijo que en el séptimo embarazo ya te ligan las trompas. Andate a la asistente social, la trabajadora social que te firme un papel, un papelito que yo daba mi consentimiento ... conociendo la realidad económica de mi familia, iba a ser el séptimo nene, que me autorizaban que yo humildemente pedía ligarme las trompas con el permiso de mi esposo que también firmó (Haydée, 7 hijos)

En relación a este caso cabe preguntarse: ¿eran necesarios tres embarazos no buscados más para dar curso a la solicitud de Haydée?, Por qué con 4, 5 ó 6 embarazos la respuesta es no y con 7 sí? ¿Dónde está establecido el número 7 como el quiebre a partir del cual la ligadura se autoriza? ¿Será que 3 embarazos no buscados en un plazo de tiempo reducido se cobraron su costo en la salud de la mujer y finalmente se podía argumentar un riesgo para la salud física que legitima el pedido en los términos que exige el servicio?

El análisis de los recorridos muestra que las mayores dificultades las enfrentaron las mujeres residentes en la Provincia de Buenos Aires que solicitaban la ligadura en instituciones de salud provinciales o municipales. Allí la negativa fue rotunda, aún cuando el embarazo presentaba riesgos claros para la salud de la mujer, como el caso de una entrevistada que había estado en tratamiento oncológico por cáncer de ovario. Hubo casos de mujeres que incluso llegaron a tramitar sin éxito la autorización judicial. Los testimonios reflejan rechazos reiterados, actitudes paternalistas y situaciones extremadamente injustas, desesperantes, frustrantes y plagadas maltrato.

En San Miguel, provincia de Buenos Aires, a raíz del boca a boca (muchas veces en la sala de espera de un hospital) o por medio de materiales gráficos de difusión, hubo mujeres que en sus largos recorridos supieron que una organización de la sociedad civil (CESPPEDH) ofrecía consejería en salud sexual y reproductiva y orientaba a las mujeres que deseaban hacerse la ligadura. Esta institución tenía montado un dispositivo de derivación al hospital del estudio que, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, y bajo lo dispuesto en la resolución 874 de la Secretaría de Salud había empezado a realizar ligaduras tubarias cuando mediaba una indicación médica. Este resultó ser el salvoconducto para mujeres que durante años no habían encontrado más que puertas cerradas.

Hablé con la maestra de mi nena y le comenté que yo quería ligarme las trompas, pero que en el Mercante ni en el hospital de San Miguel no aceptaban hacerlo, que lo tenía que hacer todo por intermedio del juzgado y ella agarró y me dio el teléfono de acá (Verónica, 2 hijos)

Al tomar la decisión de querer ligarse, las mujeres tenían noción de que la ligadura no estaba ampliamente disponible ni era fácilmente accesible en el sistema público de salud. Algunas conocían a otras mujeres que se habían ligado en ámbito de la medicina privada pagando una suma de dinero. Otras habían escuchado sobre casos de mujeres a quienes se les negaba la ligadura, o sabían que la ley no la permitía y que se exigía la autorización de un juez. A lo largo de sus recorridos las mujeres descubren que en la Ciudad de Buenos Aires existían excepciones a la prohibición legal de la anticoncepción quirúrgica.

Todos los entrevistados coincidieron en afirmar que el tema de la ligadura tubaria en el ámbito de la medicina privada ha venido funcionando sin problemas desde hace muchos años, aún antes de estar aprobada la ley. Una vez más, el acceso a los recursos de salud, está mediatizado por la capacidad de pago de la mujer.

La historia de la ligadura de trompas en nuestro país, hasta la sanción de la ley en 2006, viene a confirmar que el acceso diferencial a la información, a los recursos y en términos generales a la salud, está en consonancia a la capacidad de pago.

El tema de la ligadura es un tema que se conoce desde, prácticamente desde que los médicos de esta generación se recibieron. El tema es que era un tema prohibido en la práctica pública y no prohibido en la práctica privada para algunos médicos habiendo, digamos, unos honorarios de por medio. Entonces era algo a lo cual tenía acceso aquella paciente privada con poder económico y con un médico acorde a ese tipo de contrato privado que se realizaba. Todos sabíamos que eso ocurría en privado, cada cual sabe si le corresponde o no ejercer tal práctica ¿no?. (Subjefe del servicio de ginecología).

En este sentido, antes de la ley, la ligadura se reducía a una negociación entre el profesional tratante y la mujer demandante del método, mediatizada por la confianza y el conocimiento mutuo. Y una vez más la vulnerabilidad como indicador de inequidad y desigualdad irrumpe el escenario en la vida de estas mujeres.

Ya en el octavo embarazo me quería hacer yo la ligadura. Averigüé, preguntaba, preguntaba en la salita a la doctora, y no, no, no...que por mi edad, no que por esto, las explicaciones, la verdad, que para mi punto de vista eran tontas, no tenían validez... Porque, yo tenía en ese embarazo, presión alta, estaba mal, estaba deprimida, porque ya mi cabeza no daba para tener más hijos, no quería saber nada, ese fue el embarazo con el que más sufrí y pedía por favor, y no, no ...Si pagaba sí, si iba a una clínica y le pagaba a un médico \$1000 pesos ... nadie se hace cargo de nada, en ese sentido, pero te tiran al pasar, "fíjate por otro lado, si podés averiguar", como diciendo, "en las clínicas privadas si vas te lo van hacer (Julia, 8 hijos).

Tantas cosas tuve que pasar, hasta en el municipio pelear bastante porque el hospital pertenece al municipio, y pelear, pelear, pelear... pedirles a los concejales que me ayuden, pedirle a este, pedirle al otro. Y la respuesta es que, "la ley no está, así que no lo podés pedir y una concejal", que no voy a decir el nombre, ella llegó a decirme 'mirá, hay un médico que me dijo que si vos juntás mil pesos, él te lo hace', pero yo no tenía mil pesos (Silvia, 7 hijos)

No tenía que pagar en una clínica privada, era un tema económico ...mi hermana me decía tenés que juntar plata para ligarte las trompas porque sino vas a seguir teniendo hijos pero ¿de dónde sacó yo tanta plata? Cuando estaba el 1 a 1, me pedían 600 dólares, 600 pesos que podía ser más accesible, pero una vez que cambió todo seguían con 500 o 600 dólares ¿Dónde iba a sacar todo ese dinero? (Haydée, 7 hijos).

El individualismo es el segundo fundamento que viene configurando el tratamiento en ligadura tubaria. Por individualismo se entiende al conjunto de valores y fundamentos que dan primacía a lo individual, y asume su máxima expresión durante el consentimiento informado.

La medicina perpetúa la idea de autonomía de los sujetos y de responsabilidad de sus decisiones y actos.

En este sentido, aparece como un objetivo clave el orientar a la mujer para apoyar el proceso de decisión de modo tal de evitar un posible arrepentimiento.

El protocolo de atención organiza la atención de la demanda de la ligadura tubaria, jerarquizando la consejería y el consentimiento informado. El consentimiento es un espacio interactivo para la comunicación entre la mujer y el/los profesionales, desarrollado por todos los miembros del equipo.

" (...) a la mujer se le pregunta ¿estás segura?, en varias oportunidades. Eso se hace siempre. Porque hay situaciones en que la gente antes de entrar a quirófano dice no, no quiero, me arrepentí, se las escucha y se las respeta, se van con un método".(Médica ginecóloga del servicio de ginecología)

Dicho protocolo consiste en un escrito que informa y explica de modo gráfico, en qué consiste la ligadura, cómo es el procedimiento y los criterios de inclusión y exclusión para acceder a la práctica quirúrgica. A modo de consentimiento informado, bajo la lógica del semáforo (verde-amarillo y rojo) es llenado de modo conjunto por el profesional y la mujer, y vuelto a revisar varias veces antes de resolver la realización del procedimiento.

(...) está pensado de modo tal que aunque la mujer sea analfabeta, el dibujito del útero, de las trompas, de cómo se va a cortar... yo creo que lo entienden y asumo que es un consentimiento de muy buena leche. Que además no sé en cuántos casos pero esta instancia de llevárselo a su casa y devolverlo, lo devuelven escrito y que ellas mismas escriben el semáforo que les parece, es como un reaseguro, ahí si que nadie me va poder tocar no es que está el pulgar derecho... (Jefa del servicio de obstetricia).

Como han señalado los entrevistados, la ley vino a reglamentar una práctica controversial que significa autorizar una intervención sobre el cuerpo del otro, cuya consecuencia es la culminación de la función reproductiva.

(..) terrible el cambio. Antes era un tema, era, cada vez que me veían aparecer a mí con una paciente era para ligadura era... de terror. Obviamente con el tema de la ley se mejoró un montón. Porque había gente cerrada pero mal, siempre era el tema legal, siempre... hay una sola persona que calculo que es por ideología, una compañera muy católica. El resto, que podría haberlas hecho...no las hacía por miedo a un juicio... (Médica de planta del servicio de ginecología).

Si bien la ley de ligadura aclaró el encuadre del trabajo, no por eso las situaciones que se presentan cotidianamente son fáciles de abordar y resolver.

Antes de la ley, bajo el marco legal de la resolución 874/03 la cuestión pasaba por cómo se fundamentaba, lo mejor posible, la realización de la ligadura a una mujer que lo solicitaba.

Ahora el tema en cuestión pasa por fundamentar el por qué no realizar una ligadura de trompas a una mujer joven en el inicio de su vida reproductiva, sin hijos o con sólo un hijo cuando la ley habilita su acceso.

Ahora tengo una de 21 años con 2 hijos, que planteó ligarse. Porque también esta ley... pero nosotros no podemos tampoco estar ligando, así, a mansalva, entendés? Aunque es un derecho. Cómo lo planteás?. Que en un momento se planteó la decisión, porque, a todo el mundo o sea, ligar así aunque esté la ley, si no tiene hijos, y tiene 19 años, o sea. Yo creo que también (con dificultad) hay cosas... lo que pasa es que es muy difícil separar lo personal de todo esto, porque esto es lo que yo opino. A mí no me parece bien que una chica de 19 años decida no tener hijos, porque no sé si está tomando una decisión correcta a los 19, y no sé qué le va a pasar en su vida, entendés? (Médica de planta del servicio de ginecología).

El protocolo diseñado en el 2004 no fue sustituido por otro, sino que, con algunas modificaciones, como la flexibilidad en los criterios de aprobación acorde a lo estipulado en la ley, continúa vigente y se implementa a lo largo de sucesivas entrevistas con la mujer, con el fin de que estén conscientes de la decisión, tranquilas, bien informadas, sin dudas, libres de presiones y emocionalmente preparadas para asumir las posibles consecuencias de un método irreversible.

El médico se encargó de aclararme que no es reversible, fue lo que más hicieron hincapié, no es que hoy te opero y en de 5 años te puedo volver a operar, no se te opera más, eso fue en lo que más hincapié hicieron (Verónica, 2 hijos).

La doctora me explicó que te atan pero después se cortan las trompas. Mi marido decía y si te hacen la operación y todo y después se llega a desatar, entonces yo le dije a la doctora y me dijo no, porque después se cortan. La doctora me dijo que se cortaban las trompas. Después yo lo vi en el dibujito pero no me acuerdo mucho y la verdad que después no me hice atender más, hasta ahora no vine a la ginecóloga (Tolentina, 8 hijos)

Según los entrevistados, actualmente la aplicación del consentimiento se ha automatizado; y a veces parece haberse convertido en un trámite legal más.

(...) esta sensación de que esta automatizado viene a raíz de una mujer que era muy joven que tenía un solo hijo en edad de lactancia, que nunca había utilizado otro método que la mina exigía por su derecho y la médica que la atendió le había firmado el semáforo verde, lo cuál no estaba mal. Pero lo que estaba mal era que la mujer no había tenido posibilidad de conocer nada y que estaba evidentemente frente a una situación que la desbordaba que era un hijo a continuación del otro que no estaba previsto (...) el momento de la decisión no era adecuado. A raíz de eso volvimos a reunirnos y ver que eso era una columna amarilla, porque nunca uso un método anticonceptivo, no era para decirle ok sí te ligo, sino para repensar la situación. Siempre decimos, no le negamos a la mujer, le decimos no querés pensarlo mejor, qué te parece si por un tiempo podes usar otra cosa, tomar en cuenta la no experiencia. (Médica de planta del servicio de ginecología).

Esto demanda al equipo de salud reproductiva, la necesidad de validar constantemente el protocolo de atención y el consentimiento informado, en pos de asegurarse que la decisión sea autónoma y pensada.

Con respecto a la toma de decisión de la ligadura tubaria, cabe señalar, que el personal de salud se constituye, en algunas oportunidades, en personas influyentes en la decisión de la mujer. Hay una multiplicidad de factores que encierra la elección de un método definitivo, y los médicos ejercen una influencia en la toma de esa decisión por parte de la mujer. La influencia de los médicos es clave en la planificación familiar, las opiniones y actitudes de los profesionales pueden limitar la elección de la ligadura tubaria como método anticonceptivo.

Cuando vos estás en la consejería por ahí te das cuenta de la idea que tienen de la ligadura. A medida que vos vas entrando en el tema y dando información, yo creo que ahí se empiezan a dar cuenta cada vez más de qué se trata y la vas orientando para que elijan otro método y a veces terminan optando por un DIU. (Médica residente de 3° año).

En este contexto se hace presente la asimetría y desigualdad que atraviesa la relación personal de salud-paciente.

El saber técnico, el manejo de la información, los requisitos y parámetros para dar lugar al procedimiento quirúrgico, son dominados por los profesionales de salud, que sin negar la autonomía de las mujeres, reafirman la posición hegemónica de saber técnico de las relaciones desiguales que se establecen en función de ese saber.

Los profesionales entrevistados, nos relataron que en algunas ocasiones, ellos han buscado disuadir a la mujer de la decisión tomada acerca de ligarse las trompas.

Algunos médicos entrevistados, señalaron que en algunos casos, han buscado disuadir a la mujer de dicha decisión cuando consideraban más oportuno que la mujer optara por otro método anticonceptivo reversible.

Si bien, los médicos suelen influir en las decisiones de "los pacientes", esto no se desprende las historias relatadas por las mujeres entrevistadas.

A diferencia de otros estudios que hemos relevado (Mecolino, et al, 2004), las mujeres entrevistadas llegan al hospital con la demanda y la decisión tomada de querer ligarse sus trompas. En este sentido, la decisión de ligarse las trompas no es una decisión tomada en conjunto con el profesional.

Ella (la médica) me dijo ¿Qué te parece si lo hablamos mas adelante? Porque por ahí te arrepentís. Me pareció que no lo tomó demasiado en cuenta porque como recién estaba embarazada, este, me dijo después lo hablamos y nada más. Después yo se lo volví a decir y me preguntó por qué yo me quería ligar y le dije más que nada por problemas de salud. Me dijo ¿no te vas a arrepentir? Lo que pasa es que como es un problema de salud no depende tanto si te arrepentís de tener o no más hijos. Entonces le dije no, que ya era suficiente y nada más. Mi marido también más que nada el temor de que me pase algo a mí. (Silvia, 7 hijos)

Las mujeres entrevistadas transmiten una gran seguridad respecto de la decisión de limitar su fecundidad en forma permanente. En todos los casos reportaron que fue su propia iniciativa optar por la ligadura y que además contaron con el apoyo de su pareja cuando ésta estaba presente. Los testimonios claramente dejan ver que la decisión de las mujeres no estuvo condicionada necesariamente por la aprobación o el consenso de la pareja.

"Fue mi decisión de decir yo no quiero más hijos, y no pregunté a nadie. Yo lo decidí. Al principio es como que tenía miedo, por ahí a ver si me arrepentía o algo, pero yo le dije a mi marido 'me lo voy hacer y no me importa si vos querés o no querés, y firmó porque tuvimos que firmar los dos'"(Julia, 3 hijos)

"Yo lo pensé bien, yo ya no quiero tener. Esté con mi pareja o esté con otra pareja, yo no quiero tener más hijos. Yo estuve bien conciente de lo que estaba haciendo, yo estaba bien conciente de lo que firmé" (Tolentina, 8 hijos)

"Mi marido también firmó, pero si él no hubiese querido, yo igual hubiese inventado que era viuda, que era divorciada, a mi no me importaba porque no quería tener mas hijos, imagínate tengo 7 hijos. Hubiera hecho cualquier cosa, menos abortar, cualquier cosa" (Haydée, 7 hijos)

Los relatos de las mujeres entrevistadas abordan al cuerpo desde una dimensión histórica y cultural, esto es el cuerpo vivido y habitado, un cuerpo sexuado sobre el cual se ejerce la decisión de la ligadura tubaria.

La decisión que toma la mujer, es una decisión sobre su cuerpo reproductivo, pero fundamentalmente, es una decisión que remite directamente a un cuerpo entendido como dimensión de la experiencia del propio ser. En otras palabras, es una decisión sobre un cuerpo que deviene "... una conciencia cuerpo o un cuerpo conciencia, lo que equivale también a considerar al cuerpo como elemento mismo, atravesado por una dimensión subjetiva de sentido... el cuerpo como lugar donde se inscriben varias dimensiones de la vida.."(Alves y Rabelo, 1996:12). Es una decisión sobre el cuerpo que muchas veces, tuvo que ser sostenida, defendida y peleada con el cuerpo.

La clase de cuerpo a la que estábamos acostumbrados tanto en el pensamiento popular como académico representa al cuerpo como entidad natural, objetivado, fragmentado, expropiado de la subjetividad, y subsumido a un proceso de des subjetivación de la persona, a partir y a través de la intervención médica y del saber profesional.

Después y a partir de Foucault (1979, 1980) aparecieron declaraciones críticas como que "el cuerpo es una noción totalmente problemática"(Vernant, 1989), que "el cuerpo tiene una historia" que se comporta adoptando nuevos modos en momentos históricos

particulares (Bynum 1989). Marcel Mauss (1950) en su ensayo "Techniques of the body" dice que el cuerpo es al mismo tiempo la herramienta original con la que los seres humanos dan forma a su mundo, y la sustancia original fuera de la cual el mundo es formado.

Desde finales de los 80, la producción antropológica norteamericana ha abordado el cuerpo como un activo y fluido proceso material y simbólico, individual, social y político, objeto de disciplinamiento y control y, al mismo tiempo, base de resistencias y reconstituciones identitarias.

Una parte sustancial ha sido la profundización de su desnaturalización, reintegrando su historicidad y localización e incluyendo la sexualidad y el género en el marco de una reflexión teórica sobre la naturaleza y la biología (Haraway, 1991). Aquí el cuerpo es entendido en términos de *embodiment*, que refiere al proceso de personificar el cuerpo, darle identidad más allá de su entidad corpórea. Csordas (1994) habla de cómo el cuerpo aparece fragmentado y plantea que en su análisis el cuerpo debe ser entendido no sólo como representación sino como una forma de *ser-en-el-mundo*, es decir, como sustrato existencial de la cultura.

En los relatos el cuerpo aparece caracterizado de diferente modo, como una zona de placer y displacer, como un cuerpo habitado, base de resistencias, negociaciones y decisiones. Todas estas dimensiones en que se articula el cuerpo nos permite abordarlo como agente de la experiencia (Good, 1994; Csordas, 1994; Das, 1997).

El cuerpo, en estas mujeres, hasta el momento de la ligadura tubaria, se había circunscripto a la función reproductiva, es decir, situado en el contexto simbólico de la maternidad como un signifiante del rol y la identidad de género, que lo subsume, en muchos casos, como objeto erótico.

A partir de la ligadura tubaria, las mujeres relataron atravesar una nueva relación con su cuerpo, basada en una sensación de mayor libertad y por ende menor control sobre el mismo. El cuerpo es re- apropiado como fuente de placer durante las relaciones sexuales.

Estás más libre, te sentís mejor, te sentís una mujer dueña de tu cuerpo. Porque es una decisión que la tomás con la cabeza, viste? Yo decidí (V: mira, me da mucha tranquilidad, yo particularmente estoy muy tranquila fue la decisión que tenía que tomar en el momento correcto porque vos sabes que no vas a quedar embarazada, porque en realidad cuando vos te ligas las trompas por un tema como me lo ligue yo temía quedar embarazada, o sea, yo cada vez que no me indisponía llanto y llanto y una angustia porque... Bueno y cuando estuve 5 meses sin indisponerme sabes las lagrimas así, yo decía no puedo tener tanta mala leche de quedar embarazada, no puedo tener un hijo, no es no quiero, no puedo... Me siento mejor porque con mi marido estamos en otro punto donde estás más relajado y sexualmente estás mejor. (Julia, 3 hijos)

Me siento más tranquila, no me preocupo si me viene o no me viene... ahora ya está ya crío al último porque si no te la pasás criando hijos y no disfrutás nada... aparte 4 ya son

muchos. Los nervios te ponen mal porque te juegan en contra a veces, ahora por lo menos con eso ya te olvidas de todo. (Tolentina, 8 hijos)

A mi me cambió la vida, y bueno ahora es la libertad ... Mi marido esta re feliz porque sabes las fiestas que nos mandamos y no tenés que estar cuidándote de cuando te pones el forro. (Verónica, 2 hijos)

La sexualidad es reconfigurada por la ligadura de trompas. Los cambios en la vida sexual han sido señalados por la mayoría de las mujeres entrevistadas, quienes manifestaron un aumento del disfrute sexual.

Con el DIU sangraba terrible, cada vez que tenía relaciones con mi esposo, el miedo a la posición yo sentía que tocaba el hilito, no sé qué, lo tocaba y iuy! Me ponía tensa. Yo sentía que tocaba algo. Por eso te digo que ahora soy feliz (...) cuando tenía el DIU puesto yo no quería tener relaciones pero tenía miedo que iba a tocar el coso, no disfrutaba, era horrible (...) si no tiene conmigo va a ir a buscar otra persona, te queda eso (Haydée, 7 hijos)

El principal cambio en la sexualidad señalado por todas las mujeres, refiere a dejar de ejercer el control sobre la misma, considerada de ahora en más una dimensión de ganancia exclusiva de placer.

Bueno, pero antes siempre estaba dura, pendiente, aparte como que siempre la culpa la tiene la mujer, no el hombre de quedarse embarazada... fue decir "basta", hasta acá llegue, ya está no van a venir más chicos, puedo disfrutar de los que tengo, porque antes no los disfrutaba, no podía, si están siempre uno tras otro, uno tras otro... hay que vestirlos, el colegio, encima están en edades, donde demandan un montón, y bueno, en ese sentido re bien, yo estoy bien, aparte me puedo ocupar de mi, estoy empezando a hacer tratamiento, tenía, tenía problemas de tiroides, no lo sabía, un montón de cosas... (Silvia, 7 hijos)

Tenés una vida sexual más tranquila porque no tenés que estar fijándote si tomé la pastilla, me cuidé, se pinchó el forro, que lavarme, que la ducha vaginal. No!, tenés relaciones con tu marido tranquila y no te afecta para nada tu ciclo menstrual, no te ponés histérica, no. O sea, todos esos mitos que se pueden crear en relación a esto no existen. "Ay, no, porque no voy a ser tan atractiva, no voy a tener el mismo deseo sexual", nada que ver. No te afecta las hormonas, no te afecta nada. (Verónica, 2 hijos)

Reflexiones finales

En términos generales, antes de sancionada la ley del 2006, la anticoncepción quirúrgica no era recomendada, promovida, ni regulada por el Ministerio de salud, y sólo podía ser realizada en casos en que la vida y salud de la mujer corriera riesgo exigiendo, en muchos casos, una autorización consustanciada que demostrase la necesidad de su realización.

Cabe destacar, que las mujeres que se han ligado sus trompas en el servicio de obstetricia del hospital del estudio, antes de la ley, todas ellas cumplimentaban, por motivos varios, el requisito de riesgo de salud.

Si bien el equipo de salud reproductiva tiene presente la perspectiva de género y de derechos, y esta se plasma en el protocolo por ellos diseñado que encuadra y fundamenta la demanda de la ligadura, en los casos de las mujeres entrevistadas, la autorización a la realización de la ligadura descasó en criterios exclusivamente biomédicos en torno al estado de salud.

Observamos que a pesar de que el protocolo de atención no supera el recorte biológico sobre el cual la mujer es concebida, hay una tendencia de orientar el trabajo hacia una mirada más integral. Hay dos momentos del proceso de atención que se centra en los aspectos vinculados a la subjetividad de la mujer, su estado emocional y sus condiciones de vida. Uno de ellos es el/los momentos de la consejería y el otro el momento en el cual el equipo de salud, autoriza o no el procedimiento.

La consejería en ligadura tubaria, como trabajo interactivo llevado a cabo de modo multidisciplinario por el equipo de salud, busca aprehender la complejidad del tema, sin descuidar los aspectos biológicos, éticos y psicosociales presentes en la decisión de optar por la ligadura tubaria, como método que pone fin a la vida reproductiva de las mujeres.

De los registros de la observación participante de algunas reuniones del equipo en salud reproductiva, se desprende que sus miembros discuten, evalúan y toma decisiones acerca de aquellas solicitudes de ligadura que generan cuestiones éticas sensibles. Se observó que la discusión y el diálogo son instancias fundamentales para la integración de actividades, que contempla aspectos técnicos, éticos, legales, de funcionamiento del servicio y articulación con otros actores. Las decisiones son tomadas en modo conjunto con una tendencia de horizontalidad de los vínculos, hacia una mirada no solo biomédica sino multidisciplinaria, que contempla el análisis de la situación de vida de las mujeres que solicitan la ligadura tubaria.

El acceso a la ligadura expresa profundas inequidades ya que, tal como en la mayoría de las cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, la capacidad de pago es el determinante fundamental para el acceso. Las entrevistadas saben que, de haber contado con la suma suficiente para poder pagar un honorario privado, el camino hacia la ligadura hubiera sido más corto, sencillo y menos sufrido. Asimismo, en las diferentes

puertas que las mujeres fueron tocando en su recorrido de búsqueda de la ligadura, no faltaron actores estatales y no estatales que sugirieron el pago como la solución.

Las mujeres han relatado algunas estrategias que llevaron a cabo, para acceder finalmente a la ligadura de trompas, entre ellas se encuentra el recurrir a instancias institucionales más allá de las cotidianas como por ejemplo la defensoría del pueblo, el ministerio de salud, algunas ONGs como es el caso de CE... hasta trasladarse a capital federal (en caso de mujeres residentes en el conurbano) para solicitarla en un hospital de la red asistencial del gobierno de la ciudad de buenos aires. Según lo relatado, la vida cotidiana de las mujeres luego de la ligadura tubaria, ha mejorado cualitativamente, y todas se han ratificado la decisión de haberse ligado las trompas. Ninguna se ha arrepentido.

Por último, queremos señalar que un grupo de organizaciones de la sociedad civil elaboraron un documento que fue presentado ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, señalando que a más de un año de entrada en vigor de la ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica, ha habido muchos casos en los que los hospitales públicos, tanto provinciales como municipales, se han negado a practicar estas intervenciones, por rechazos de los profesionales y las autoridades a esta práctica y a veces temor de los médicos a quedar legalmente desprotegidos frente a un juicio por mala praxis.

Referencias Bibliográficas

- Alves, P y Rabelo, M. 1996. "Being a nervous person: narratives and the construction of a self. Mimeo.
- Bailey, P. et al, 1991 "Physicians' attitudes, recommendations and practice of male and female sterilization in Sao Paulo". Contraception 44 (2): 191-207
- Beagiano, G. Cottingham, J. Contraceptive methods: potential for abuse. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1997: 56 (1) 39-46
- Bertrand, J.T. et al, 1989 "Attitudes towards voluntary surgical contraception in four districts in Kenya" Studies in Family Planning 20 (5): 281-287
- Boring, C.C. et al, 1988 "Sterilization regret among Puerto Rican women" Fertility and Sterility 49 (6): 973-981
- Bott, S. (eds.) Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Editorial Biblos, Buenos Aires
- Campbell, C. 1999. "Women, Families and HIV/AIDS. A sociological Perspective on the Epidemic in America". Cambridge University Press, Cambridge.
- Cashman, L. et al. 1988 "Beliefs about sterilization among low-income urban women" Family Planning Perspectives 20 (5): 218-221
- Cates, W. et al, 1992 "Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice" Family Planning Perspectives 24 (3): 122-128
- Chi, I.C. et al, 1994 "Incidence, risk factors and prevention of post-sterilization regret in women: an updated international review from an epidemiological perspective" Obstetrical and Gynecological Survey 49 (10): 722-732
- Ciruzzi, M.S. "La ligadura tubaria como práctica médica y su inserción en el derecho penal" Trabajo presentado en la 1º Jornada Nacional de Bioética y Derecho. Asociación de Abogados de Buenos Aires,
- Correa S.; Petchesky R. 1996: "Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. Physis Rev. Saúde Coletiva.
- Csordas, T. 1994. "Introduction: the body as representation and being in the world". En Embodiment and Experience. The Existential Ground of cultura and self. Cambridge University Press. Cambridge
- Defensoría del pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Informe Salud 2000
- Duarte Osis, M.J., Faundes, A., de Sousa, M.H. y Pailey, P. 1999 "Consequencias do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubaria" En Cadernos de Saúde Pública, Vol 15, Nº3, Julio-Set.
- Engender Health; Contraceptive sterilization: global issues and trends.

- Faundes, A. et al, 1998. "Asociación entre prevalencia y ligadura tubaria y características sociodemográficas de mujeres y sus compañeros en el estado de Sao Paulo, Brasil" *Cadernos de Saúde Pública* 14 (supl.1) 49-57
- Gordon, D.1988. "Tenacious Assumptions in Western Medicine". Lock, M and Gordon, D. (comp) *Biomedicine Examined*. Kluwer Publishers, Dordrecht.
- Grubb, G.S. et al, 1985 "Regret after decision to have a tubal sterilization" *Fertility and Sterility* 44 (2) 248-253
- Hardy, E. et al, 1996 "Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery" *Contraception* 54 (3) 159-162
- Harrison, D. et al, 1988 "An elucidation of factors influencing physicians' willingness to perform elective female sterilization" *Obstetrics and Gynecology* 72(4): 565-570
- Hatcher, R., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J., Shelton, J. *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico*. Programa de información en población de Johns Hopkins University. Baltimore, 1999
- Laundry, E., 1990 "How and why women choose sterilization: results from six follow up surveys" *Studies in Family Planning* 21(3) 143-151
- Marcolino, C. 2000 "Análisis del trabajo de un equipo de salud acerca de ligadura tubaria: estudio de caso de Bello Horizonte"
- Marcolino, C. 2000 "O processo de tomada de decisao na laqueadura tubaria" Capítulo de tesis presentada en la Universidad de San Pablo, Brasil
- Marcolino, Clarice, 2004: "Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde", *Cad. Saúde Pública*, Vol 20 Nro. 3, Río de Janeiro.
- Marcolino, Clarice, 2000: "O processo de tomada de decisao na laqueadura tubária", *Faculdade de Saúde Pública da USP*, Sao Paulo.
- Masquelet H; Morales D; Lousteau M; Niccolini, C. 2000 "Ligadura de trompas de Falopio – Autonomía del paciente – Autorización Judicial", 3º Congreso de Bioética de América Latina y el Caribe, Ciudad de Panamá.
- Minella, L. 1998 "Aspectos positivos e negativos da esterilizacao tubaria do ponto de vista de mulheres esterilizadas" En: *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl.1) 69-79.
- Miracle-McMahill, H.L. Calle, E. Kosinski, A. et al. "Tubal ligation and fetal ovarian cancer in a large prospective cohort study" *American Journal of Epidemiology* 1997; 145(4): 349-57
- Peterson, H. Xia, Z. Hughes J., et al "The risk of pregnancy after tubal sterilization. Findings from the US collaborative review of sterilization". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996; 174: 1161-70
- Reilly P. *The surgical solution: A history of involuntary sterilization in the United States*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
- Severino Baavio, Paula. "Aristas de la infertilización voluntaria" En *Revista Persona* (www.revsitapersona.com.ar/ligadurasiverino2.htm)

- Severino Baavio, Paula. "Ligadura de trompas: ¿delito o derecho?" En Revista Persona (www.revsitapersona.com.ar/ligadurasiverino2.htm)
- Shain RN, Miller WB, Holden A, et al. Impact of tubal sterilization and vasectomy on female marital sexuality: results of a controlled longitudinal study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1991; 164(3): 763-71
- Vieira, E.M. 1998 "O arrependimento após a esterilização feminina". En Cadernos de Saúde Pública 14 (supl.1) 59-68
- Villela, W. Y Barbosa, R. 1999 "Esterilización femenina y prevención de las enfermedades de transmisión sexual" y el sida. En Pantelides E. y Bott, S. (eds.) Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Editorial Biblos, Buenos Aires.