

REFLEXIONES TEÓRICO- METODOLÓGICAS A PROPÓSITO DE UNA ETNOGRAFÍA DE LA POLÍTICA PÚBLICA

CYNTHIA DEL RÍO FORTUNA

CONICET, UBA
Contacto: cynthiadr@gmail.com



RESUMEN

Este trabajo se propone discutir las potencialidades y las limitaciones de un abordaje etnográfico para el estudio de las políticas públicas. Se basa en la experiencia de una investigación doctoral en antropología, en la que se abordó el despliegue de políticas de sexualidad y reproducción social a través del caso de la regulación del acceso a la ligadura tubaria. Esta práctica de anticoncepción quirúrgica, a pesar de las resistencias que todavía hoy suscita, fue legalizada en Argentina algunos años atrás. En este artículo se exponen algunas reflexiones teórico-metodológicas que surgen de la investigación del proceso de construcción e implementación de esta política en particular, y que revelan la riqueza del enfoque etnográfico.

Palabras clave: etnografía – política pública – trabajo de campo

En la investigación doctoral en que se basa esta presentación (del Río Fortuna, 2010), analicé el proceso de construcción social de la política pública de la ciudad de Buenos Aires, que procuraba el reconocimiento de los llamados «derechos sexuales y reproductivos»¹. Lo hice centrándome en el caso del acceso a la ligadura tubaria² porque resultaba paradigmático de las tensiones, los límites y las posibilidades que el reconocimiento de esos derechos movilizaba.

En principio, el análisis de los textos legales y normativos que explícitamente se referían a aquellos derechos y los consagraban,³ los reveló como dispositivos de regulación social en los que se expresaban procesos de moralización y control del ejercicio de la sexualidad. Al mismo tiempo recortaban sujetos específicos (adolescentes, mujeres, etc.) y distinguían prácticas más y menos legítimas (por ejemplo, «procreación responsable» y «embarazo adolescente» respectivamente). En ese contexto, la anticoncepción quirúrgica resultaba un límite a los derechos que aquellos textos decían consagrar: la libertad en torno al ejercicio de la sexualidad y las pautas reproductivas. Esta limitación operaba formalmente porque ciertas regulaciones⁴ la condenaban, en líneas generales, y la permitían solo en determinadas circunstancias (cuando un próximo embarazo implicara un riesgo para la vida o la salud de la mujer, y siempre que esta cirugía fuera el último recurso). También la limitación operaba cotidianamente, porque profesionales de los servicios públicos de salud se negaban sistemáticamente a practicar esta operación argumentando la supuesta ilegalidad total de esta práctica y la posibilidad de ser imputados por mala praxis en caso de posterior arrepentimiento por parte de las mujeres. Sin embargo, como acabamos de mencionar, esas mismas reglamentaciones indicaban circunstancias en las que la práctica resultaba habilitada. A partir de la negativa profesional, varias mujeres acudieron a la justicia a fin de solicitar autorización para poder realizarse la cirugía, o bien a órganos de defensa de derechos — entre ellos, la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires— donde solicitaban que se intercediera a su favor.

¹ La cirugía de ligadura tubaria bilateral, o ligadura de las trompas de Falopio, consiste en impedir de manera permanente la fertilización por medios naturales a través de la obstrucción y/o sección de las trompas. De acuerdo con la técnica empleada, la mujer podría lograr embarazarse nuevamente recurriendo a intervenciones de cierta complejidad (microcirugías de reparableización de las trompas o técnicas de fertilización asistida). Algunas veces, esto ocurre de manera espontánea (por movilización de los clips aplicados, soltura de puntos, reparableización espontánea de las trompas). La intervención puede realizarse con distintas técnicas quirúrgicas, y no está necesariamente asociada a la instancia del parto por cesárea (aunque esta haya sido, por diversos motivos, la forma más común de realizarla).

² Se trata de la Ley-Decreto de ejercicio de la medicina, n.º 17132/67, art. 21, y el Código Penal Argentino, art. 91, que sanciona las acciones que implicaran la pérdida de «la capacidad de engendrar o concebir». Disponibles en www.infoleg.gov.ar.

Apesar de ciertas similitudes entre las prácticas en torno al aborto y a la ligadura tubaria³, me incliné por estudiar esta última porque a priori no implicaba cuestiones jurídico-ético-religiosas tan delicadas y específicas como la interrupción del embarazo; su demanda y problematización pública habían ido creciendo sin cesar en los últimos años⁴ y, sin embargo, no había sido abordada en profundidad desde las ciencias sociales. Como antecedente relevante en la temática debo mencionar mi propia tesis de maestría, dedicada al estudio de los procedimientos administrativos y judiciales iniciados (entre los años 2000 y 2005) por las mujeres que querían ligarse las trompas. Allí analicé las modalidades de recepción e intervención ante esas demandas, y la interacción con autoridades de instituciones sanitarias. Lo hice a través de entrevistas a personal de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y de una Defensoría del sistema judicial, de la revisión de expedientes en ambas agencias, y del análisis de los textos legales y normativos sobre la práctica en cuestión (del Río Fortuna, 2007).

Durante el transcurso de aquella investigación fue modificada radicalmente la regulación formal del acceso a la ligadura tubaria —a través de la Ley nacional 26.130/06— en medio de un debate del que dieron cuenta los principales medios de comunicación. Con ella desaparecía la necesidad de justificar médicamente su elección: se convertía en una opción anticonceptiva para toda mujer mayor de edad, sin otro requisito más que firmar un consentimiento informado. Esto despertaba, y aún lo hace, enfrentamientos, malestares y movilizaciones por parte de distintos actores sociales (además de profesionales de la salud, funcionarios/as de programas y organismos estatales, agencias de control y defensa de derechos, organizaciones de mujeres, curia católica, etc.).

El problema a investigar refería, entonces, al proceso de construcción e implementación de la política de acceso a la ligadura tubaria, en una trama política que recientemente había dado lugar a una modificación jurídica, y que involucraba una diversidad de actores sociales que participaban, con diferentes prácticas, otorgándole sentidos muchas veces encontrados.

³ En lo que hace a la controversia para interpretar las causales de despenalización, el poder médico para decidir sobre cuerpos y vidas de mujeres, un mercado clandestino para la provisión de ambas prácticas, entre otras.

⁴ Como revelaba un estudio impulsado por esa Defensoría: Ramos, S.; Petracci, M.; Szulik, D. y del Río Fortuna, C. (2004) «Monitoreo del programa de salud reproductiva y procreación responsable de la ciudad de Buenos Aires: la perspectiva de las usuarias y los profesionales», en Actas de II Congreso Nacional de Políticas Sociales. Mendoza, Asociación Argentina de Políticas Sociales/Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, 15 al 17 de septiembre de 2004 (CD-ROM).

El problema se anclaba en lo que Shore y Wright (1997) definen como el campo propio de la antropología de la política —Anthropology of Policy— que hace al espacio social y político articulado por relaciones de poder y sistemas de gobierno que conectan actores, instituciones y discursos a través del tiempo y el espacio, vinculando así lo local, lo nacional y lo global. Y la mirada antropológica permitía, de acuerdo con Shore (2010), complejizar el devenir de la formulación de la política tomada por caso, sin asumirla como un proceso racional, ordenado y lineal.

Presentada a grandes rasgos la problemática abordada en la etnografía de marras, me propongo aquí exponer algunas reflexiones teórico-metodológicas acerca de la riqueza y las dificultades del abordaje antropológico de las políticas, más precisamente de su estudio desde un enfoque antropológico relacional, tal como lo caracteriza Elena Achilli (2005). Este se asienta en ciertos núcleos problemáticos, a saber: el abordaje de la cotidianidad social, la recuperación de los sujetos sociales —sus prácticas y construcciones de sentido—, y una relación dialéctica entre el trabajo de campo y la elaboración teórico-conceptual⁵.

A continuación describo las principales decisiones acerca de las técnicas y condiciones para la recolección y construcción de los datos etnográficos, que luego presentaré sucintamente a fin de dar cuenta de las constricciones y posibilidades de un estudio de este tipo.

5 Son fundamentos de este enfoque: el carácter cambiante de las prácticas y las relaciones sociales, la conflictividad/contradicción inherente a, y la interrelación de las distintas dimensiones implicadas en las problemáticas y los procesos sociales bajo análisis.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA DEL ESTUDIO

Para abordar el despliegue de la política en cuestión, seguí la propuesta de Sharma y Gupta (2006) de estudiar etnográficamente las prácticas cotidianas de distintas agencias y sujetos vinculados al Estado y sus procedimientos burocráticos, por entender que su poder no se ejerce desde un todo coherente sino que articula de manera contradictoria instituciones, prácticas y personas.

Por diferentes motivos seleccioné el servicio de obstetricia de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires constituido en «referente» en cuanto a la

provisión de la ligadura tubaria⁷. Por un lado, mi acceso se vio facilitado por el hecho de haber sido colega de estudios en el posgrado de la jefa de división del servicio.

Por otra parte, dicha apertura —que contrastó con la dificultad que encontré para hacer lo propio en otros servicios— evidentemente obedeció a ese reconocimiento del que gozaba su servicio como «amigable», «de referencia» o «centro de derivación» para la provisión de la práctica que me interesaba. El hecho de ser identificado así por diversos actores sociales —Defensorías, organismos y programas del estado, ONG de mujeres, usuarias del sistema de salud, etc.— llenaba de orgullo a su jefa y a varias/os profesionales de su equipo. Aunque no a todas/os...

Así es que el carácter controvertido de esta práctica se manifestaba también al interior de este servicio, y las mismas circunstancias de mi acceso a él evidenciaron las disputas institucionales alzadas en torno a esta práctica: a diferencia de la «ruta» que suelen seguir los proyectos de investigación en las instituciones sanitarias —que deben ser autorizados por el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética (este último, un órgano típicamente conservador en materia de sexualidad)— el «permiso de entrada» me fue otorgado informalmente por parte de la jefa del servicio. Justificó este proceder en función de la actitud refractaria de ambos comités, y a sabiendas de que contaría con el aval de la directora del hospital, reconocida militante y referente en temáticas de salud femenina del movimiento de mujeres en Argentina.

A partir del posicionamiento de ambas profesionales, y de las prácticas del equipo de profesionales en relación a cuestiones sensibles —además de ligadura, «atención del aborto en curso», asistencia a mujeres víctimas de violencia sexual, entre otras— el servicio venía construyendo su reconocimiento en términos de «vanguardista» por parte de quienes celebraban este desempeño asistencial. A la par, tenía antecedentes como terreno de investigaciones sociomédicas sobre esas problemáticas. Así, esta misma cualidad y posicionamiento del servicio implicó tensiones, dificultades y limitaciones para mi labor. Entre ellas, debo mencionar el hecho de tener que «compartir el campo» con colegas que realizaban, por sugerencia de las autoridades del servicio, un estudio exploratorio

7 En el hospital, este servicio es el único efector del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en otros, en cambio, el Programa es operado por el servicio de ginecología o bien por ambos). El Programa consiste en asistencia en anticoncepción que, en el servicio en cuestión, se realiza desde el Consultorio de Salud Reproductiva y también en las salas de internación de obstetricia, donde se alojan tanto las mujeres que están por parir o parieron, y aquellas que están atravesando un aborto.

sobre la provisión de la ligadura tubaria. De ahí, por ejemplo, que tuvo que ser definida y consensuada con ellas la guía de pautas para las entrevistas a las mujeres operadas, lo que hizo que el material resultara algo pobre en relación con mis propósitos de investigación, ya que se enfocaba en la recuperación de la «carrera del enfermo» más que en el abordaje de la experiencia de esas mujeres. Así es que solo en una etapa posterior (posdoctoral) la experiencia de las mujeres pudo ser recuperada con mayor profundidad, y abonó el campo de los estudios de los efectos de las políticas en los sujetos (del Río Fortuna, 2013a, 2013b).

Durante la «negociación» del acceso se pactó una instancia de devolución de las observaciones que realizaría en el servicio². Posteriormente, se me solicitó un informe en base a ellas para candidatearse en un concurso por un premio a la calidad de la gestión de servicios de salud. El interés manifestado en esas observaciones, al tiempo que expresa los sentidos —y eventualmente los usos— que adquiere el quehacer antropológico en este espacio, da cuenta de los diversos posicionamientos y disputas en el campo político-sanitario e institucional en relación a la práctica en cuestión.

Por un lado, manifestaba la expectativa de que pudiera brindarles una mirada, distante y próxima a la vez, que permitiera revisar y mejorar los procedimientos cotidianos y por eso mismo naturalizados por los propios protagonistas. Por otra parte, se fundaba en la convicción de «estar haciendo bien las cosas» (en sus propias palabras), siendo una prueba de ello el hecho de exponerse a la «mirada extraña». De hecho, cuando planteé que la identidad del servicio permanecería en el anonimato en mi posterior producción, la jefa se inclinó por su identificación, orgullosa y festejante de que las actividades allí realizadas pudieran ser registradas y difundidas.

Así, se asignaba a mi presencia un viso de supervisión o control de su desempeño. Simultáneamente se asumía —o más bien se confirmaba— la falta de alineación con las normas vigentes por parte de aquellos servicios refractarios a convertirse en terreno de investigaciones similares; los mismos servicios que, a pesar de la nueva ley, continuaban rechazando más o menos abiertamente muchos de los pedidos de ligadura, con el argumento de que el Código Penal continuaba rigiendo, de que pautas internas del servicio —en virtud de la objeción confesional de su dirección— no

la permitían, de que no era una alternativa aconsejable en función de la juventud (aunque se trataba siempre de mayores de edad) o la cantidad de hijos/as que la mujer solicitante tenía, o bien porque no se contaba con los recursos técnicos o profesionales necesarios para realizar dicha intervención.

Por mi parte, preferí reservar la identidad de la institución y sus profesionales, ya que la descripción y análisis de algunas prácticas relativamente cuestionables³ podían asumir rasgos denunciatorios. Así, esa misma posición «vanguardista» implicó otra tensión permanente en mi trabajo. Por un lado, tuve un acceso privilegiado a ese campo, seguramente reforzado por el hecho de haber alentado —desde mi personal posicionamiento como feminista— su apertura a las prácticas asistenciales antes mencionadas. Y al mismo tiempo, esto implicó una ardua y permanente disquisición interna, al tener que decidir cuáles datos analizar y, sobre todo, cuáles hacer (o no) públicos, ya que, como se verá en la próxima sección, las rutinas médico-institucionales se alejaban de la letra de la ley, tanto por progresistas como, en otras ocasiones, por conservadoras.

Durante el trabajo de campo realicé entrevistas en profundidad a varias/os de las/os profesionales del servicio de referencia y a otras/os del servicio de ginecología del mismo hospital⁴, y observaciones en las salas de espera, en el consultorio de salud reproductiva y en las reuniones periódicas del equipo profesional de dicho consultorio. Asimismo, hice una revisión de historias clínicas y de la casuística del servicio en relación con la ligadura. Paralelamente, entrevisté a funcionarios/as del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del GCBA y militantes del movimiento de mujeres, y recabé y analicé una serie de datos secundarios —notas periodísticas, sitios web de organizaciones sociales y políticas, etc., leyes, resoluciones y debates parlamentarios previos a su sanción— que me permitieron recuperar las voces de otros actores involucrados a medida que se revelaban significativos en función del problema de investigación.

A modo de una etnografía multisituada (Marcus, 1995), y a fin de recabar otras modalidades de implementación de la política de acceso a la ligadura tubaria —que habían sido reveladas en análisis previos y para períodos anteriores (del Río Fortuna 2007, 2008)— realicé observaciones regulares de los encuentros periódicos que realizaba la Coordinación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la

² Esa devolución tuvo lugar al finalizar la primera etapa del trabajo de campo, realizado durante 2006 y 2007. La segunda etapa se desarrolló al año siguiente.

³ Algunas por no estar del todo alineadas con el esquema legal vigente, otras por su déficit en términos de los estándares de calidad de atención que hacen, por ejemplo, a la privacidad en que se desarrollaban las consultas.

⁴ Con este servicio se articulaban acciones a fin de garantizar la realización de la cirugía a mujeres que no estaban embarazadas (y que por ello, no podían ser operadas en el servicio de obstetricia, aunque la hubieran tramitado en el Consultorio de Salud Reproductiva).

CABA con profesionales de todos los servicios de salud de la ciudad⁵. Y a partir de la inmersión cotidiana en el servicio referente, tuve también la posibilidad de registrar actividades que sus profesionales realizaron extramuros, como presentaciones en congresos y en otros centros de salud, vinculadas a la práctica en cuestión.

Desde el marco teórico-metodológico presentado aquí a los efectos de esta presentación, el análisis etnográfico consistió en recuperar las disputas, negociaciones e intereses del proceso político que llevó a consagrar formalmente la ligadura tubaria como un derecho y cómo efectivamente el acceso a ella era dirimido. A continuación veremos algunos de sus resultados⁶.

⁵ Se trata de reuniones mensuales del curso anual de capacitación que este programa lleva adelante año tras año, dirigido a profesionales que se desempeñan en centros sanitarios de la ciudad en que son sus efectores.

⁶ Talleres hallazgos —aquí presentados someramente— fueron publicados. Ver del Río Fortuna, 2011 y 2013c.

ABORDAJE ETNOGRÁFICO DE LA POLÍTICA DE ACCESO A LA LIGADURA

La modificación legal de esta práctica fue promovida desde la militancia de mujeres insertas en órganos legislativos y entidades autárquicas del gobierno (como la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires) y con el apoyo de organizaciones civiles de mujeres. Esa Defensoría, en el año 2000, convocó un Consenso de Expertos sobre Ligadura Tubaria, en el que participaron especialistas de distintas disciplinas y posiciones ideológicas en relación a la práctica. Esta agencia tenía por objetivo arribar a recomendaciones que sirvieran para reglamentar el acceso a la cirugía en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, y poner fin a la práctica discriminatoria instalada entre profesionales de la salud de exigir autorización judicial (o la intervención de esa agencia⁷) y el consentimiento del cónyuge a mujeres que tenían indicación médica para realizarla. Sobre este último punto, la Defensoría se enfrentaba abiertamente a lo que había sido recomendación de la Procuración General de la ciudad de Buenos Aires, agente también presente en aquel evento.

Entre las voces más favorables a la ampliación de los criterios para el acceso a la ligadura, y que eran mayoría

⁷ La Defensoría acostumbraba comunicarse con el servicio del que provenía la solicitante a fin de que informaran los motivos que justificaban o no la intervención requerida por la mujer, y recomendaban su realización siempre que existiera una indicación médica fundada. El análisis de sus intervenciones está ampliamente desarrollado en del Río Fortuna, 2007.

entre las participantes, encontramos a la directora del hospital de referencia, por aquel entonces jefa del servicio de obstetricia, convocada en función del desempeño de ese cargo y como presidenta de la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva².

De aquella reunión de expertos/as cabe destacar, por un lado, la batalla discursiva planteada sobre la denominación de la práctica. La propia Defensoría se refirió a ella en términos de «método de infertilización» pasible de ser revertido en gran medida, aunque el procedimiento no estuviera garantizado en el sector público. Desde una posición más conservadora, se insistió en considerarla «esterilizante» y hasta «mutilante», y se planteó un porcentaje de reversibilidad muy inferior al sostenido desde esa agencia. Asimismo, se advirtió que la reglamentación propuesta tendría un impacto demográfico negativo para el desarrollo del país y que existiría la posibilidad de reproducir localmente experiencias foráneas de campañas compulsivas de esterilización de pobres. Años más tarde, cuando el proyecto de ley de anticoncepción quirúrgica fue tratado en el Parlamento nacional, volvieron a escucharse las mismas anticipaciones, siempre desde legisladores ligados de alguna forma a la Iglesia católica. El argumento pronatalista expresado en esos contextos se remonta a los albores del Estado nacional y, algunas décadas atrás, había sido retomado para resistir la influencia del movimiento internacional por la «planificación familiar»³, por entender que una caída de la ya entonces baja densidad demográfica del país implicaría un riesgo para la soberanía nacional.

Basada en las recomendaciones que surgieron de aquel encuentro, recién en 2003 la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dictó la Resolución 874/03. Esta, aún sin modificar en lo esencial los requisitos legales para el acceso a la ligadura, ampliaba las condiciones que la habilitaban, al establecer que los motivos que impedían la adopción de métodos anticonceptivos transitorios podían ser de distinta índole, y no solo por razones biomédicas, como generalmente se entendía. No obstante, esta norma no fue suficientemente difundida ni logró adhesión por parte de los servicios de salud, y sus profesionales persistieron en la negativa de proveer esta práctica, o bien continuaron sumando requisitos ad hoc, como el consentimiento escrito del marido de la solicitante.

² Esta entidad fue creada a fines de los noventa por ginecólogos/as y obstetras «históricos/as» de la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF), fundada en 1966 y poco más tarde integrada formalmente a la red de instituciones financiadas por la International Planned Parenthood Federation (Felitti, 2009).

³ Cuando en los años de la guerra fría, desde los países centrales se construía a la población del tercer mundo como una amenaza para la continuidad del orden socio-político capitalista (Felitti, 2009).

Tres años más tarde, quienes en el recinto parlamentario apoyaron el proyecto de ley —surgido de propuestas elaboradas mayormente por legisladoras feministas— apelaron al reconocimiento de «derechos personalísimos» en cuanto a la decisión sobre la capacidad reproductiva, la cantidad de hijos/as y el propio cuerpo, y destacaron las dificultades materiales que limitan las posibilidades de controlar la fecundidad de manera eficaz y segura en los sectores populares. Se argumentó que el aborto practicado en condiciones de suma precariedad se expresaba en términos de morbilidad materna, siendo esta la primera causa de muerte asociada a la gestación. Serían, se sostuvo, especialmente las mujeres pobres, con varios hijos y algunos años de vida reproductiva por delante, las principales beneficiadas por el recurso a esta práctica una vez habilitada legalmente. La ligadura tubaria fue contemplada como una opción razonable por las voces menos conservadoras de la oposición, en caso de tratarse de «mujeres realizadas», «madres de muchos hijos», «mujeres en riesgo». Se problematizó, en cambio, que pudiera ser solicitada por mujeres sin hijos/as, y más aún si se tratara de mujeres jóvenes.

El texto contaba con el impulso oficialista —expresado ese día con la presencia en el recinto del propio ministro de salud— y fue aprobado luego de un intenso debate pero dentro de los tiempos parlamentarios mínimos.

Este rápido repaso evidencia el conflictivo corrimiento de los límites de la legitimidad del recurso a esta práctica, con contradicciones y contramarchas, llevado adelante por sujetos y entidades involucradas en procesos de disputas al interior del Estado. Al mismo tiempo revela la potencial firmeza con que pueden ser sostenidos algunos valores: para el caso que nos ocupa, la maternidad biológica como hito naturalizado para las mujeres.

Aún no existía aquella resolución local (la 874/03) cuando el servicio comenzó a forjar su mencionado reconocimiento. Lo hizo a partir del dominio técnico y la provisión de la ligadura tubaria por parte de algunas/os profesionales, pero no sin antes solicitar que la Defensoría del Pueblo se expidiera sobre cada caso, aun cuando les constaba que, existiendo indicación médica precisa, esta agencia avalaría la realización de la práctica. La Defensoría consideraba «amigable» su proceder, porque efectivamente las cirugías eran realizadas una vez que los expedientes eran abiertos (claro que no todas las mujeres que solicitaban la práctica en el servicio lograban completar el circuito indicado por sus profesionales). Otros servicios, en cambio, evitaban o demoraban la

respuesta hasta perder la oportunidad quirúrgica (para el caso de las mujeres que esperaban ligarse a instancias de la cesárea) y, una vez que el alumbramiento había ocurrido, solían esgrimir la falta de recursos técnicos o humanos para realizar la cirugía.

Una vez que entró en vigor esa resolución, la jefa del servicio de referencia se dedicó a la preparación de una guía de procedimiento (a partir de la reelaboración de un instrumento que le había facilitado su antecesora) denominado internamente «semáforo», a fin de estandarizar las prácticas profesionales en cuanto a la resolución de pedidos de ligadura. En él se incorporaron una serie de elementos que debían ser considerados con el objetivo de garantizar «la autonomía de la mujer» en su decisión de ligarse, y otros que eran referidos como «factores de arrepentimiento» a posteriori (edad, número y sexo de hijos/as).

Según la casuística del servicio, y tal como lo plantean sus profesionales en una ponencia, entre los años 2005 y 2006 se realizaron 182 ligaduras mediante la aplicación del «semáforo», lo que representa un 4% y un 5% del total de nacimientos en esos años, respectivamente. Y allí destacan la estabilidad de ese porcentaje y del «perfil gineco-obstétrico» de las mujeres operadas⁴.

Ya entrada en vigencia la ley de anticoncepción quirúrgica, durante el trabajo de campo encontré, en diversos espacios, profesionales que aún justificaban su resistencia a practicar ligaduras por el temor a enfrentar acciones penales. Y personal de la Defensoría del Pueblo se empeñaba en difundir, muchas veces a través de especialistas del Derecho, que no existían los mentados antecedentes de juicios por mala praxis, y se referían a aquel argumento como un «mito» o «fantasma», apelando al ridículo de posiciones discursivas sospechadas de encubrir resistencias dogmáticas. También en el servicio y hospital de referencia había, como se vio, profesionales que esgrimían esto. Si bien desde la conducción se alentaba el alineamiento con la ley y se disponía de mecanismos para evitar que la presencia de «objetores de conciencia»⁵ limitara la provisión efectiva de esta práctica, la aplicación de la norma acaba siendo mediada por las diversas prácticas profesionales.

En efecto, la inserción sostenida en el servicio reveló

⁴ La edad media de esas mujeres era de 34.5 años y tenían en promedio 6 hijos/as. Destacaban a su vez que con la sanción de la ley en 2006 no hubo variaciones significativas de esos valores. Con esta información pretendían contestar a la «fantasía» de los/as detractores de esta intervención, que pronosticaban un aumento escandaloso de mujeres jóvenes que querrían ligarse una vez que se liberalizara el acceso a esta cirugía.

⁵ La objeción de conciencia es «una forma de desobediencia jurídica» que permite a las personas, en virtud de sus imperativos éticos (religiosos o no), contrariar la ley con su conducta u omisión (Navarro Floria, 2006: 314). Para el caso de la ligadura tubaria, la ley 26.130/06 la reconoce como un derecho de los/as profesionales, al tiempo que aclara que la institución debe hacer los arreglos necesarios para que esto no represente un obstáculo para el ejercicio de derechos por parte de las pacientes. Si bien el texto legal establece la elaboración de un registro público de «objetores de conciencia», a la fecha no ha sido implementado.

discrepancias en su interior, en relación con la práctica en cuestión y el reconocimiento que tenía el servicio como proveedor de esta práctica, y no solo por la presencia de profesionales declaradas/os «objeto de conciencia», que argumentaban que su labor como obstetras era «traer niños al mundo» y cuidar por el bienestar de las gestantes y sus criaturas (profesionales que se negaban a realizar ligaduras al tiempo que manifestaban su malestar por la orientación ideológica del servicio y su reconocimiento como tal). También quienes levantaban las banderas de «los derechos de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos» acababan controlando el acceso a la ligadura de diferentes maneras, restringiendo así el sentido que el movimiento de mujeres imprime a esa misma consigna.

La mencionada estabilidad en cuanto al porcentaje y las características de las mujeres operadas pudo ser mejor comprendida gracias a la triangulación de las diversas técnicas de investigación desplegadas durante el trabajo de campo en el servicio. A través de los datos construidos mediante entrevistas, conversaciones informales, observaciones y revisión de protocolos e historias clínicas, fue posible describir y analizar los modos concretos en que se despliegan las prácticas profesionales en el espacio médico-institucional, así como revelar las rutinas o procedimientos estandarizados por parte de los/as profesionales (Berg, 1982), y los sentidos y las categorías que organizan sus prácticas. El análisis de estas rutinas y las categorías nativas —entre ellas podemos mencionar las de «candidatas a la ligadura», «candidatas al arrepentimiento», «paridad cumplida», «riesgo reproductivo»— excede el propósito de este texto. Pero vale señalar que las situaciones que se revelaron más problemáticas involucraban mujeres que no habían tenido hijos/as o tenían solo uno/a; que solicitaban la práctica en situación de parto no programado (emergencia), o que exponían desacuerdos con su pareja respecto de la cirugía. Frente a ellas, se desplegaban variadas estrategias: omisión de información, dilación de los trámites necesarios previos a la cirugía, interconsulta con especialistas de otras disciplinas, etc. Sin embargo, la dificultad que entrañaba la resolución de tales circunstancias, y toda aquella en la que la opinión profesional fuera contraria a la voluntad expresa de la mujer, fue completamente invisibilizada en las instancias de promoción de la implementación del «semáforo» ante colegas de otros servicios⁶.

⁶ Si bien explícitamente las/os profesionales de este instrumento reconocían que era más restrictivo que la ley, el análisis evidenció que elementos presentes en ese dispositivo continuaban organizando sus prácticas.

La presentación simplificada de la dinámica de implementación de ese instrumento buscaba que otros servicios adoptaran una modalidad de trabajo similar a la propia en tanto proveedores de esta cirugía en las circunstancias que, a los ojos de la comunidad médica —y visión compartida por la opinión pública— la ligadura resultaba más legitimada a fin de preservar la salud (que futuros embarazos pondrían en riesgo) de mujeres que contaran con antecedentes fallidos en la adopción de otros métodos anticonceptivos.

Con ello, se apuntaba a reducir las tensiones internas y la labor asistencial por absorción de la demanda de esta práctica que, como se vio, no resultaba indiferente. Y al mismo tiempo permitía al servicio capitalizar el reconocimiento social gestado en su trayectoria y actualizar frente a sus colegas su posición de «pionero» o «vanguardista» en el espacio político-sanitario-institucional del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, como servicio garantista de los derechos de las mujeres en lo que atañe a la salud sexual y reproductiva: el hecho de que obtuvieran la cirugía solicitada mujeres que promediaban la treintena y que tuvieran al menos dos hijos/as —sin pronóstico médico de riesgo ante otros embarazos ni impedimentos físicos para la adopción de otros métodos anticonceptivos reversibles— confirmaba su posición «de avanzada» en ese espacio.

PALABRAS FINALES

A partir del enfoque antropológico relacional (Achilli, 2005) fue posible relevar la cotidianidad en la que se desenvuelven los sujetos sociales implicados en la construcción social de la política bajo análisis, y analizar las lógicas que organizan sus prácticas y sentidos (aunque por cuestiones de espacio, no pudo ser expuesto aquí con mayor detalle).

La etnografía realizada —con el despliegue articulado de diversas técnicas de investigación— permitió dar cuenta de la complejidad del proceso de construcción e implementación de programas y políticas, en este caso vinculado a la disponibilidad y acceso a la cirugía de ligadura tubaria, a través de la reconstrucción histórica de las prácticas cotidianas de las agencias del estado y sus rutinas burocráticas.

El análisis mostró tensiones, contradicciones, negociaciones y arreglos en ese recorrido, con sus idas y vueltas, y la recuperación y resignificación de discursos y estrategias de intervención política de diversos actores sociales involucrados en esa trama política. Los cambios en las correlaciones de fuerza se expresaron tanto en sucesivas modificaciones del marco normativo-institucional como en renovadas prácticas asistenciales y burocráticas. Paralelamente, se evidenciaron ciertas continuidades en cuanto a los modos en que se dirime el acceso efectivo a esta práctica (la priorización de su provisión para mujeres «en riesgo», por ejemplo), siempre mediado por la intervención de profesionales de la biomedicina.

El trabajo de campo intensivo en un espacio privilegiado para el estudio de esta temática —por tratarse de un servicio de salud «referente» en cuanto a la provisión de esta cirugía— permitió iluminar los mecanismos que cotidianamente administran el acceso a ella, y las tensiones que allí se manifestaban, a través de prácticas, sentidos e intereses disímiles.

La inserción cotidiana en ese terreno, y la triangulación de datos de distinto orden desde un enfoque crítico, histórico y relacional como el que guió esta investigación, permitieron también revisar la trayectoria a través de la cual el servicio llegó a constituirse en «referente». En este sentido, el análisis reveló la construcción de su particular posición a través de prácticas asistenciales y discursivas distintivas, y cómo este fue reactualizado, en virtud de las condiciones cambiantes, tanto en lo que atañe a los esquemas normativos como a las prácticas de otros agentes involucrados en el campo y partícipes del reconocimiento logrado.

El servicio, como espacio político-sanitario-institucional particular, a la vez que devenido «campo» del quehacer antropológico, expresa el carácter conflictivo y procesual inherente a las políticas en las que participa, que lo atraviesan y moldean, al tiempo que ellas son modeladas por su labor cotidiana (y la de tantos otros agentes). Como etnógrafa, con un posicionamiento y marcas identitarias indelebles —mujer, académica, feminista— he ingresado y tomado participación en esa trama política en condiciones que, como se vio, tanto permitieron como limitaron el trabajo producido. Y entiendo que allí radica la riqueza y la complejidad de un abordaje antropológico de las políticas como el que he intentado mostrar aquí.

Por último, y si bien no era propósito de aquella investigación evaluar el nivel de cumplimiento o apego a las normas, el estudio contribuyó a la visibilización de una serie de aspectos deficitarios en cuanto a la implementación de esta política en particular, que remiten a procesos históricos de desigualdad social de distinto orden.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología social*. Rosario: Laborde Libros Editor.

Berg, M. (1992). The Construction of Medical Disposables, Medical Sociology and Medical Problem Solving in Clinical Practice. *Sociology of Health & Illness*, 14 (2), 151-180.

Del Río Fortuna, C. (2007). *El acceso a la ligadura tubaria: un estudio antropológico de la política pública de la Ciudad de Buenos Aires en «derechos sexuales y reproductivos» a partir del caso*. (Tesis de maestría inédita). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Buenos Aires.

_____ (2008). Anticoncepción quirúrgica y maternidad: [su]gestión en un servicio de obstetricia. En M. Tarducci. (org.) *Maternidades en el siglo XXI*, 137-168, Buenos Aires: Espacio Editorial.

_____ (2010). «...es el cierre de su etapa reproductiva». *Etnografía de la política pública de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en la ciudad de Buenos Aires*. (Tesis Doctoral). Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Disponible en:

http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/140_FORTUNA%20Cynthia%20A.%20del%20Rio%20TERMO.pdf

_____ (2011). Derechos y condiciones en un consultorio de salud reproductiva. O sobre cómo se define la «autonomía». *Zona Franca*, 20, 15-25.

_____ (2013a). Experiences and demands in sexual and reproductive health: An approach to narratives of women who have undergone tubal ligation procedures in the Metropolitan area of Buenos Aires City. Presentación realizada en *Encounters and engagements: creating new agendas for medical anthropology*. EASA Medical Anthropology Network/AAA Society for Medical Anthropology/Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España, 12 al 14 de junio de 2013.

..... (2013b). Sexual and Reproductive Health Policies in Women's Experiences. Presentación realizada en IX International Conference «Sex and the Marketplace: What's love got to do with it?». International Association for the Study of Sexuality, Culture and Society (IASSCS). Buenos Aires, Argentina, 28 al 31 de julio de 2013.

..... (2013c). Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, 13, 9-42.

Felitti, K. (2009). Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). *Discursos y experiencias*. (Tesis Doctoral). Universidad de Buenos Aires.

Marcus, G. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.

Navarro Floria, J. G. (2006). Objeción de conciencia en la Argentina. En I. Martín Sánchez y J. G. Navarro Floria (Coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*, 314-326. Madrid: Fundación Universitaria Española.

Sharma, A. y Gupta, A. (2006). *The Anthropology of the State. A Reader*. Oxford: Blackwell.

Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la «formulación» de las políticas. *Antípoda*, 10, 21-49.

Shore, C. y Wright, S. (1997). *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. London: Routledge.