

María Soledad Moldovan
Estudiante de grado de la carrera Licenciatura en Sociología de la UNLP
Legajo: 84794/1
solemoldovan@hotmail.com

GARANTÍA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS¹ EN LA PAMPA. SOBRE LAS LEYES Y LA PRÁCTICA DE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA.

Ponencia

Presentación

El siguiente trabajo procura ofrecer un diagnóstico y análisis de la situación de la provincia de La Pampa en cuanto al cumplimiento de un derecho sexual y no reproductivo², el método anticonceptivo de ligadura tubaria y vasectomía. El foco está en las mujeres debido a que en nuestra cultura se las coloca como las principales responsables a la hora de cuidarse sexualmente, de regular la reproducción, y de criar a los hijos.

Dicho método, como veremos a continuación, ha sido negado en reiteradas oportunidades a las mujeres que iban a solicitarlo al Hospital público, lo que ha provocado graves consecuencias para sus vidas.

Luego de un caso paradigmático, aparece en la agenda mediática y política el problema de este sector, en 2004 en la provincia de La Pampa y en 2006 en la Nación aparece una legislación que exige garantizar el método.

En esta investigación, que es exploratoria-descriptiva, me interesa conocer cómo se ha desarrollado dicha práctica en el Hospital Lucio Molas de Santa Rosa La Pampa, el más

¹ Dentro del concepto de salud sexual y reproductiva se encuentran los **derechos sexuales y reproductivos**, los cuales según se proclama en la Conferencia de El Cairo de 1994 *implican la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgo de procrear y la libertad para decidir cuántos hijos tener, cuando y con qué frecuencia Conferencia de El Cairo, 1994.* (Di Liscia, 2009: 63).

² Brown (2007:11) utiliza el término para referirse a la anticoncepción y al aborto, plantea que "la traducción de la demanda por derechos reproductivos y sexuales a salud reproductiva implica una despolitización de la demanda que remite las cuestiones ligadas a decisiones sobre el propio cuerpo y las sexualidades a un saber médico experto; es decir se medicaliza y se remite nuevamente al orden privado una demanda que puja por alcanzar estatuto público y político, el campo donde esas regulaciones pueden ser redefinidas".

importante de la provincia en cuanto a servicio público de salud y diagnosticar si ese derecho se está garantizando teniendo en cuenta: la variación promedio de ligaduras entre los años 2009 a 2012 en ese establecimiento y el número de mujeres que han solicitado la práctica (la lista de espera). Me ocuparé también de relevar y analizar de qué manera funciona en el sector privado, las ideas o prejuicios de algunos médicos y las características de las pacientes solicitantes³.

La estrategia metodológica aplicada supone una triangulación de técnicas como: entrevistas a diversos informantes claves (médicos/as, trabajadoras sociales), observaciones participantes, relevamiento cuantitativo de ligaduras realizadas entre 2009 y 2012 y análisis de la prensa escrita⁴.

Lucha por una ley. Historia del método de contracepción quirúrgica en la provincia de La Pampa.

La Pampa según los datos definitivos del censo 2010 tiene 318.951 habitantes de los cuales 161.154 son mujeres y 157.797 son varones⁵. Esta provincia en materia de salud sexual y reproductiva⁶ es pionera al sancionar en el año 1991 la ley 1.363 que da origen al Programa Provincial de Procreación Responsable. El mismo se proponía brindar a toda la población

³ De acuerdo a las siguientes variables: la edad, el n° de hijos, la ocupación, el nivel de instrucción, la situación familiar, socioeconómica y de salud.

⁴ Informantes claves: médica pediatra responsable del Consultorio de Ligadura del Hospital Dr. Lucio Molas e integrante del grupo Mujeres por la Solidaridad, jefa de médicos del área de Tocoginecología y trabajadoras sociales de la misma institución, ginecóloga que atiende el Consultorio de Procreación Responsable del Hospital Evita, ginecólogo especialista en salud sexual y reproductiva que se desempeña en el sector público y médico urólogo de muchos años de experiencia que se desempeña en el sector privado. La observación participante se realizó en una charla del Consultorio de Ligadura. El análisis cuantitativo se realizó a partir de los datos proporcionados por el área de Toco ginecología y de Servicio Social (comprendidos entre 2009/ 2012) del Hospital Dr. Lucio Molas.

⁵ <http://www.soypampeano.com/diario/2011/09/censo-la-pampa/> Diario on line Soy Pampeano. Fuente: diario textual.

⁶ La Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, definió **la salud reproductiva** como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esto entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre métodos para regular la fecundidad de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Naciones Unidas, 1995: párrafo 94). (Gogna 1997)

que lo requiera, información, orientación y prestaciones de servicios que aseguren el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre sus pautas reproductivas.

Una vez hecha la ley, quedaba difundir su conocimiento y principalmente llevarlo a cabo en la práctica.

Once años después de este pronunciamiento, aparece públicamente un caso paradigmático: “el caso Carmen” una señora sin obra social que dependía ella y su familia del hospital público para atenderse. Fue ignorada y maltratada por el entonces Director de Servicio de Tocoginecología del Hospital Lucio Molas, por una jueza y dos camaristas civiles al negarle una ligadura de trompas. Carmen la había solicitado en su noveno embarazo, recientemente enterada de que la enfermedad que padecía uno de sus hijos era transmitida genéticamente, e incurable.

Carmen explicó que la distrofia muscular de Duchenne es un mal que padecen los varones y transmiten las mujeres, "por lo que mis hijos ya la tienen genéticamente, aunque aún no se haya manifestado en sus consecuencias invalidantes, y todas mis hijas se la transmitirán a sus hijos", según decía en la presentación. Las estadísticas médicas son contundentes: quien la padece tiene una sobrevida de apenas algo más de dos décadas (La Arena 2012).

La médica pediatra entrevistada plantea que

(el de Carmen) es un testimonio estremecedor, por eso digo que es un testimonio bisagra porque ahí no sólo cuenta que le negaron la ligadura sino el maltrato institucional que tuvo, por haber pedido las ligaduras se metieron con su sexualidad, con sus métodos anticonceptivos, la cuestionaron por no saberse cuidar, o sea porque ella pedía algo recibió una serie de maltratos importantes y el maltrato de cállate y te lo pagamos, para ella fue una solución, pero es una forma de maltrato, de soborno.

Este hecho pone al desnudo la violencia de las instituciones del Estado frente a las mujeres que son madres y que son pobres, las prácticas sociales discriminatorias y la restricción legal que afecta a quienes no disponen del dinero suficiente para la operación.

La situación de la salud reproductiva es una manifestación de la condición de desventaja social de las mujeres. Los diferenciales por condición social y edad observados en los indicadores son expresión de las desigualdades sociales en la distribución de los riesgos de enfermar y morir asociados a la capacidad reproductiva de las mujeres (Gogna 1997).

Este caso desencadenó la movilización social, en especial de los movimientos de mujeres, por la lucha de los derechos sexuales y reproductivos.

En 2003 la Cámara de Diputados de la provincia de La Pampa aprueba una nueva ley, la 2.079 que legisla diferentes prácticas de salud. Entendiendo por salud el estado de bienestar físico, psíquico y social de la persona. La considera un derecho humano fundamental que debe ser considerado como objetivo social y su realización exige la intervención del Estado como responsable principal y la de los distintos actores sociales, políticos y económicos. En esta normativa, se legaliza la contracepción quirúrgica: ligadura de trompas de Falopio y vasectomía. Para lo cual el interesado debía: ser mayor de edad; hacer la solicitud fundada por escrito, firmarla y contar con la Indicación terapéutica Integral (áreas de salud mental, trabajo social y médica).

La Pampa junto a otras pocas provincias del país, (Río Negro, Neuquén), era pionera en la lucha de este derecho sexual y no reproductivo.

A partir de esta ley se crea en 2004 el **consultorio de ligadura**, en el Hospital Lucio Molas. Primero se realiza una charla general y luego una consulta individual para poder registrar los datos personales en una concisa historia clínica.

El objetivo de este consultorio es la consejería; informar y asesorar a las mujeres sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes. Se trabaja no sólo desde un punto de vista médico sino además desde una perspectiva histórico- social y de derechos humanos, colaborando a desterrar mitos que suelen crear miedos infundados en las solicitantes.

Pese a este movimiento a favor de la ley, ni bien surge, comienzan a manifestarse muchas voces en contra, según plantea la médica consultada:

tuvimos al presidente de la asociación de profesionales de este hospital opinando en contra del articulado de esta ley” y por otro lado, “un representante de la Iglesia Católica que vino especialmente, en ese momento era Obispo Brédice, a visitar a la comunidad y dijo que el útero era de Dios, entonces que todo acto que se valla hacer, por ejemplo la ligadura de trompa era una intervención humana sobre un espacio que no correspondía y se intentó identificar a la ligadura tubaria con el aborto y en ese momento las personas que pedíamos que se pudieran hacer la ligadura en los hospitales públicos, estábamos en contra de la vida.

El trabajo de Torrado sobre la procreación en la Argentina es útil para analizar este punto. La modernización del comportamiento reproductivo en la Argentina se viene logrando

en contra de una jerarquía eclesiástica ultramontana, que para preservar su imagen de la “familia cristiana”, impidió pertinazmente la educación sexual y toda forma de difusión de

la planificación familiar (...) En contra del estamento médico que, restringió la transmisión de conocimientos reguladores de la fecundidad, en el mismo momento en que extendía su poder a través de la fuerte medicalización de la vida cotidiana” y también como veremos con la gestión del actual gobernador “en contra de una dirigencia política que quedó anclada en el dogma decimonónico de que “gobernar es poblar”, sin percibir que cambiaban los tiempos, los actores y las circunstancias (Torrado 1993).

En 2006, el gobierno nacional legaliza para todo el país la contracepción quirúrgica. Y en La Pampa la organización Mujeres por la Solidaridad⁷ como representantes del Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (Conders), se encarga de monitorear el cumplimiento de las acciones del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Asimismo como esclarece la doctora entrevistada

en la última parte de la gestión de Verna la Cámara de Diputados aprueba por amplia mayoría la Ley que establece el protocolo de atención hospitalaria de los abortos no punibles.

El aborto no punible: el que realiza un médico diplomado con consentimiento de la mujer, para evitar un peligro para la salud o la vida de la madre; o cuando la mujer es idiota o demente y su embarazo proviene de una violación (Novick 2002: 3).

Pero con el cambio de gestión, tras asumir a fin de 2007 el gobernador entrante decide vetar la ley que establecía el protocolo de atención a los abortos no punibles en los hospitales públicos.

Datos del Servicio de Tocoginecología.

A partir de un análisis cuantitativo de los datos proporcionados por el Hospital Dr. Lucio Molas y cualitativo por las entrevistas a funcionarios y ex funcionarios del establecimiento obtendremos cierto panorama de la situación actual de la garantía del derecho de contracepción quirúrgica.

⁷ Agrupación que se autodefine como grupo de acción política, heterogéneo en la caracterización profesional, política, ideológica y sexual de sus integrantes, autónomo económicamente, sin pertenencia partidaria, con organización horizontal, comprometido con las demandas del feminismo como sistema de ideas y movimiento político integral que propugna cambio en relaciones sociales, eliminando jerarquías y desigualdades entre los sexos.

Por un lado, los datos extraídos del área de Tocoginecología del Hospital se hallan entre el siguiente período temporal: septiembre de 2009 a junio de 2012.

De los mismos se observa que el promedio de operaciones de ligadura tubaria del año 2009 era de 14 por mes. En comparación con el año 2012 ha bajado a 8 ligaduras promedio por mes. Estas cirugías incluyen a todas las solicitantes, tanto a aquellas que han completado los informes como a aquellas que simplemente han firmado el consentimiento informado.

En relación a la lista de espera para operarse se registra que 58 solicitantes están citadas y faltan 103. Según aclara la jefa del área de Tocoginecología:

Las 58 son las que se citaron y no vinieron, faltaron, pusieron excusas, no atendieron el teléfono pero que se las cuenta como cirugía llamada. Y 103 son las que faltan todo, de llamar y de hacer.

Sobre la oferta de ligadura tubaria el ginecólogo entrevistado ⁸ plantea que luego de la ley provincial:

(...) arrancamos con 30 y pico en el primer año, cincuenta y tantas en el segundo, 125 el tercero y el cuarto manteníamos, habíamos alcanzado una meseta institucional de 100 prácticas por año, esto cuenta las prácticas hechas exclusivamente como ligadura, deberíamos sumar un 20, 30 % más las mujeres que iban a cesárea y se le practicaba la ligadura.

Y con respecto a la demanda expresa:

(...) la demanda era mayor quizás más del doble de esta oferta. Pero teniendo en cuenta que si esto es una cosa a largo plazo, uno puede darle un tiempo a la mujer, año y medio teniendo en cuenta las condiciones acá dentro.

Las condiciones materiales del Hospital no han cambiado sigue una puja entre los trabajadores de salud y el gobierno por más insumos, más salarios, más anestesistas, más recursos económicos (se ha llegado a caer el techo del hospital).

⁸ Doctor que trabajó hasta junio de 2009 en el área de Tocoginecología del Hospital Lucio Molas y actualmente se desempeña en la Asistencia Pública.

Indagando sobre si actualmente se da una fecha a las solicitantes para ligarse, la ginecóloga en funciones en el Hospital proclama:

No, porque no es algo que podamos definir nosotros, depende de la cantidad de cirugías que vallamos teniendo pero no hay un turno que sea específico para ligar trompas y si tenemos cánceres la prioridad es los cánceres, en la lista de prioridades lo último son las ligaduras.

Según las entrevistas informales realizadas a las trabajadoras sociales de Servicio Social, ellas trabajan presentando notas asiduamente para que se acelere el trámite para los casos de urgencia y desde la dirección de Tocoginecología hay una buena respuesta. No obstante, en tanto en el día a día las cirugías de urgencia sean la regla, muchas solicitantes verán postergado su derecho.

Estas mujeres en lista de espera dependen por su condición socioeconómica de una política que trabaja por mantenerlas en un estado de sometimiento al varón, una política arcaica que no permite la liberación e igualdad de la mujer al negarles un control efectivo de la fecundidad.

En Suecia hay 50% de mujeres en el gobierno, el 40% en el Parlamento, el 48% en los consejos generales y el 41% en los consejos municipales, el cambio en la condición femenina se debe en principio al control de la fecundidad, pero es también el resultado de un verdadero combate dirigido por poderosas organizaciones femeninas dentro de los partidos políticos modernos, comenzando por las organizaciones juveniles. En estas organizaciones militantes, las mujeres siempre pelearon golpe a golpe, elección por elección, logrando un número creciente de mujeres en las listas electorales, en las direcciones de los partidos y en los niveles de responsabilidad. (Héritier 2007).

La autora propone inspirarse en el ejemplo sueco en un punto preciso, que tendría la ventaja de confirmar a las mujeres en su rol de individuo y de ciudadana, a saber, la supresión de la imposición común de las tareas del hogar, que cada individuo pague sus impuestos por propia cuenta. Así, el trabajo femenino no sería percibido como ese “suplemento” que terminaría siendo un ingreso extra del hombre. Esta es una de las varias medidas que propone la autora a fin de lograr la igualdad entre los sexos.

Datos de Servicio social.

Los datos obtenidos del área de Servicio Social del Hospital abarcan el siguiente período temporal: desde el 21 de enero de 2009 al 1 de febrero de 2012. En total las mujeres entrevistadas por el Servicio fueron 57 y el total de varones entrevistados, 1.

En primer lugar, el promedio de edad de las mujeres entrevistadas que solicitan ligadura, es de 31 años.

En relación al lugar de procedencia se observa que mayoritariamente son de Santa Rosa en un 88 % de los casos y en un 10 % de los casos provienen de algún pueblo de La Pampa.

Respecto a la cantidad de hijos, un 32 % de las solicitantes tiene 3 hijos; el 30 % tiene 2 hijos; el 14 % tiene 4 hijos, el 10 % tiene un solo hijo; porcentajes muy pequeños corresponden a las mujeres y al varón con 5, 6 y 7 hijos.

Lejos de la idea de la mujer múltipara ellas presentan una cantidad de hijos de moderada a baja.

Podríamos pensar que estás jóvenes mujeres, con una relativamente poca cantidad de hijos, buscan otros proyectos de vida además de lo implicado por la maternidad.

La antropología ha mostrado como las sociedades tienden a pensar sus propias divisiones internas mediante el esquema conceptual que separa la naturaleza de la cultura (lo crudo, de lo cocido, lo salvaje de lo doméstico, etc.). Estas oposiciones son pensadas globalmente, unas en función de otras. Si bien la diferencia entre macho y hembra es evidente, que a las hembras se les adjudique mayor cercanía con la naturaleza (supuestamente por la función reproductora) es un hecho cultural. Ahora bien, ¿hasta dónde en todas partes se asimila a las mujeres a lo natural y a los hombres a lo cultural, y que implica esta correspondencia? Significa entre otras cosas que cuando la mujer quiere salir de la esfera de lo natural o sea que no quiere ser madre ni ocuparse de la casa, se la tacha de antinatural. En cambio para los hombres es “natural” rebasar el estado natural: volar por los cielos, sumergirse en los océanos, etc. (Lamas 1986: 6)

Para las concepciones tradicionales, es legítimo que el varón explore nuevos rumbos para su vida, en tanto a las mujeres se las presiona para que sean madres y den a este rol prioridad sobre otros posibles. Por lo que sólo pueden pensar en otros proyectos de vida en tanto tengan solucionado su rol maternal y de ama de casa, puesto que son las responsables de estas actividades de cuidado.

Con la división sexo/género las feministas pueden enfrentar los argumentos biologicistas, ya no se puede aceptar que las mujeres sean “por naturaleza” (o sea en función de su

anatomía, de su sexo) lo que la cultura designa como “femeninas”: pasivas, vulnerables, etc.; se tiene que reconocer que las características llamadas “femeninas” (valores, deseos, comportamientos) se asumen mediante un complejo proceso individual y social, el proceso de adquisición de géneros. Hay que tener en cuenta que el hecho de que el género sea una distinción significativa en gran cantidad de situaciones es un hecho social, no biológico (Lamas 1986: 17).

Sobre el estado civil o conyugal aparece que más de la mitad, el 54 % de las mujeres están en unión de hecho; un 24 % están casadas, un 12 % están solteras y un 7 % se encuentran solteras y separadas. Simplificando un 79 % de las solicitantes conviven con su pareja o esposo⁹ y un 21 % no lo hace.

El nivel de instrucción predominante es el secundario incompleto en un 42 % de los casos, seguido por un 26 % de primaria completa. Finalmente, hay un 16 % que no completó la primaria, un 14 % que tiene el secundario completo y un 1,2 % que presenta universitario completo (un solo caso).

La ocupación dominante es la de ama de casa en un 72 % de los casos, seguido por un 9 % de empleadas de limpieza y un 9 % de empleadas de diferentes áreas del Hospital.

A través de estos datos podemos entrever ciertos rasgos de marginalidad. Estas señoras pertenecen a una clase social desfavorecida sumado a su “condición” de integrar al género femenino.

⁹ El largo siglo XIX significó para las mujeres un retroceso debido a la obturación de derechos civiles, fenómeno que perduró en Argentina aún mucho después de haber accedido a los derechos políticos. En la óptica patriarcal del momento imperaban dos ideas: la incertidumbre acerca de la ingobernabilidad de las mujeres y la certeza de su inferioridad biológica (la ciencia apoyaba esta moción con su concepción evolucionista). Y la normativa que aumentaba decididamente las capacidades de los varones y disminuía las de las mujeres fue mucho más lejos que las anteriores: el Código Civil de Dalmacio Vélez Sarsfield declaraba la incapacidad relativa de la mujer casada y la ponía bajo la representación necesaria del marido. Las mujeres casadas no podían ser sujetos de contrato sin la licencia del esposo, de tal modo que cabía a este decidir sobre los trabajos y las profesiones, de la misma manera que estaba vedado a las casadas (la enorme mayoría de las mujeres de más de 13 años que no hubieran enviudado) administrar los bienes propios o disponer de ellos aunque fueran producto de su exclusivo trabajo. Además no podían estar en juicio sin licencia especial del marido, y es imaginable el embrollo para llegar a ser demandantes judiciales en su contra, tal vez una epopeya para quienes carecían de padres, de hermanos o de hijos varones mayores aunque dispusieran de una buena situación económica. No hay que esforzarse demasiado para calcular las dificultades de las mujeres de las clases menos pudientes condenadas a soportar como una fatalidad, pésimas convivencias (Barrancos 2000). Si hurgamos en las realidades actuales tal vez encontremos rezagos de esta situación, no en las leyes pero si en la vida concreta.

El problema de las clases explotadas se resuelve con redistribución y el problema de las sexualidades despreciadas (por ej. Homofobia) se resuelve con reconocimiento. Pero existen casos de comunidades bivalentes, como en el género y la raza.

El género es un principio básico de estructuración económico- política. Por un lado, estructura la división fundamental entre trabajo “productivo” asalariado y trabajo reproductivo y doméstico no pagado, asignando a las mujeres la responsabilidad principal sobre este último. Por otro, estructura la división en el seno del trabajo pagado entre las ocupaciones industriales y profesionales mejor pagadas y ocupadas predominantemente por hombres y las ocupaciones de “cuello rosa” y de servicio doméstico mal pagadas y ocupadas predominantemente por mujeres. El resultado es una estructura económico-política que genera modos de explotación, marginación y privación según el género. Desde esta perspectiva la justicia de género requiere transformar la economía política con el fin de eliminar su estructura de género.

Sin embargo, el género también es una diferenciación de valor cultural, en este aspecto la injusticia radica en el androcentrismo: la construcción legitimada de normas que privilegian aspectos asociados a la masculinidad. Junto a ella va el sexismo cultural: la desvalorización y el desprecio generalizado por todo aquello que ha sido identificado como “femenino”¹⁰. La solución requiere descentrar las normas androcéntricas y volver a valorar un género despreciado.

El resultado es un círculo vicioso de subordinación cultural y económica. Por tanto, para combatir la injusticia de género hace falta cambiar tanto la economía- política como la cultura, se necesita *redistribución* (abolir la diferenciación de género) y *reconocimiento* (valorar la especificidad de género) (Fraser 2000).

Sobre la situación económica podemos observar que un 51 % de las mujeres recibe planes sociales, de las cuales un 59 % reciben 2 planes (el resto recibe sólo un plan social).

En lo correspondiente a la situación habitacional el 52 % posee una vivienda adjudicada por el IPAV, un 26 % tiene casa de propia construcción, el 17 % vive en casa cedida o prestada y un 5 % alquilan.

De las solicitantes embarazadas un 37% presentan embarazos catalogados como de riesgo. El resto presenta un embarazo sin complicaciones.

De las mujeres que no estaban embarazadas un 42% presenta problemas de salud.

Finalmente en cuanto a las razones para esterilizarse en las conclusiones de los informes se observa que en un 35 % de los casos se define por planificación familiar, en un 26% de los casos para poder ofrecer a sus hijos un desarrollo integral y una mejor calidad de vida, en

¹⁰ Esta devaluación se expresa mediante una amplia gama de ofensas que sufren las mujeres como: las agresiones sexuales, la explotación sexual, la violencia doméstica generalizada; las representaciones estereotipadas que las trivializan, objetualizan y denigran en los medios de comunicación, etc.

un 19 % por cuestiones de salud y en un 11 % por problemas económicos. En menores porcentajes aparece por inconvenientes en la adopción de otro método, por cantidad de hijos, por edad de la mujer y por riesgo personal/social.

¿Cómo funciona la parte privada?

La ley nacional 26.130 de anticoncepción quirúrgica del año 2006 sobre la cobertura pronuncia que las intervenciones de contracepción quirúrgica deben ser realizadas sin cargo para el requirente en los establecimientos del sistema público de salud. Y las organizaciones de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga tienen la obligación de incorporar estas intervenciones médicas a su cobertura de modo tal que resulten totalmente gratuitas para el/la beneficiario/a.

Además si hoy nos acercamos a la Asistencia Pública de Santa Rosa podemos ver una serie de posters en las paredes que expresan: *Los métodos anticonceptivos son gratis en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas por ley nacional 25.673* y se muestran con dibujos ilustrativos los diferentes métodos anticonceptivos que existen, entre ellos la ligadura tubaria y la vasectomía. Dicha ley corresponde al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud, sancionada en 2002.

Teniendo esta normativa presente podemos observar que no se cumple en las obras sociales, tal como lo explica un médico urólogo en ejercicio sobre la práctica de vasectomía:

Por ahí la limitante es una cuestión de tipo económica porque por ejemplo el día que un paciente quiere hacerse una vasectomía, viene hacerse en la parte privada, la obra social no se lo reconoce, no es una práctica que la puedas hacer por obra social porque no está nombrada, de manera que tiene que ser como enfermo particular, y generalmente como es una práctica muy excepcional tiene un costo alto. Al médico en general no le gusta hacer este tipo de cosas, lo incomoda, tiene que prever muchas cosas, el consentimiento escrito, hablar con el paciente, el tiempo que le lleva, entonces generalmente termina cobrando una cifra que por ahí es demasiado para la práctica que hay que hacer. Porque en realidad el médico que tiene experiencia para hacer una vasectomía, yo lo acuesto al paciente lo afeitado y en 5 minutos le haces el lado derecho y 5 el lado izquierdo. Es una práctica muy sencilla para el médico con experiencia. Mucha gente va al consultorio y te

pregunta, te pidió presupuesto y después tiene alguna incapacidad económica de hacerlo.

Algunas reflexiones

Hasta aquí se vislumbra como la clase social, el poder adquisitivo, define el acceso o no a este método, o bien el tiempo de espera del mismo.

Las mujeres que se atienden en el hospital o bien aquellas que poseen obra social pero no pueden pagar la operación son colocadas como ciudadanas de segunda, en tanto al negarles el derecho a la ligadura tubaria se está obstaculizando su planificación familiar, que puedan brindar a sus hijos una mejor calidad de vida, que no se ponga en riesgo su salud, o que puedan empezar a remediar sus dificultades económicas.

La vida de estas mujeres está condicionada; por falta de recursos como refieren los efectores de salud. Reparemos entonces en la ausencia de políticas serias impulsadas desde el ejecutivo para darle solución a estos graves inconvenientes.

Desde 2007 en la provincia hay un gobernador que no ha hecho más que frenar la conquista de derechos de las mujeres pampeanas, desde una posición conservadora apoya las ideas de la cúpula de la Iglesia Católica, la cual ha mandado históricamente sobre el cuerpo de las mujeres.

Las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos (...) Existe una red de bio-poder, de somato-poder que es al mismo tiempo una red a partir de la cual nace la sexualidad como fenómeno histórico y cultural en el interior del cual nos reconocemos y nos perdemos a la vez (Foucault, 1977, 4-5).

En Argentina la derecha católica tiene gran capacidad de presión y veto, sus opiniones de lo normal, lo anormal, de lo bueno y lo malo influyen enormemente en las maneras de pensar de la sociedad.

Por otro lado, el estamento médico posee un poder político hegemónico.

Gramsci destaca que el poder hegemónico ejerce su poder no sólo por medio de la coacción, sino además porque logra imponer su visión del mundo, sus costumbres, un “sentido común” que favorecen el reconocimiento de su dominación por las clases dominadas. Quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición (Giberti 2003).

Por tanto, los prejuicios y las prenociones de los médicos, no son inocuas en tanto la sociedad los ve como depositarios de la verdad. Lo cual es preocupante, si consideramos como los médicos ven a los solicitantes de contracepción quirúrgica, tal como un urólogo declara:

No todos, pero es frecuente que sean personas con un síndrome tipo ansioso. Significa que tienen algún trastorno de tipo nervioso, son personas que quieren resolver las cosas muy rápidamente, toman las decisiones y las quieren ejecutar en el acto, sin por ahí medir bien las consecuencias y hay que estar muy atento porque son personas que después cambian de criterio, toman otra decisión y se convierten en pacientes de alto riesgo para el médico que realiza una práctica de este tipo, porque en realidad la vasectomía es una mutilación. (...) En general, hablando con los colegas a ese tipo de prácticas no las quiere hacer nadie, siempre es sacar un poco el cuerpo.

Los tabús sobre el método siguen estando en la cabeza de algunos efectores de salud, los cuales se protegen dentro de los protocolos establecidos. Los temores inmotivados de los médicos resultan otro obstáculo más para la garantía del derecho.

Es preciso reconstruir la historia de la (re) creación continuada de las estructuras objetivas y subjetivas de la dominación masculina que se está realizando permanentemente, desde que existen hombres y mujeres, y a través de la cual el orden masculino se ve reproducido de época en época.

El trabajo de reproducción quedó asegurado por tres instancias principales, la Familia, la Iglesia y la Escuela.

La Familia es la que asume sin duda el papel principal en la reproducción de la dominación y de la visión masculina, en la Familia se impone la experiencia precoz de la división sexual del trabajo y de la representación legítima de esa división, asegurada por el derecho e inscrita en el lenguaje. La Iglesia¹¹, por su parte, habitada por el profundo antifeminismo de

¹¹Desde 1986 se realizan en Argentina anualmente los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM) que son una movilización pública y colectiva que se realiza en nombre de los intereses de *las mujeres*, todos los años en una ciudad diferente del país.

La convivencia de las *feministas* con las mujeres de los partidos políticos en los ENM ha durado tanto tiempo como el que tienen los encuentros. Pero estas no han sido las únicas mujeres “diferentes” con las que, en el transcurrir del tiempo, las feministas han debido interactuar. La incorporación en 1994 en los ENM de un taller para debatir acerca de la despenalización y/o legalización del aborto fue atrayendo, a este ámbito de discusión a *las católicas*, las cuales son consideradas enemigas o adversarias. Poseen una concepción diferente del “ser mujer”, se oponen a los valores feministas de la igualdad, la autonomía y el derecho a “decidir”, reivindican a la mujer como madre y como esposa y se pronuncian en contra de la despenalización y/o legalización del aborto.

Las disputas de las feministas es por instalar una visión del mundo crítica a las relaciones jerárquicas entre los sexos y una forma de hacer política que sea “propia de las mujeres”. Así, intentan mostrar, con base en la reflexión sobre la práctica cotidiana de “las mujeres”, que entre las relaciones entre los sexos hay una distribución desigual del poder. Se intenta mostrar la especificidad de esa desigualdad dentro de otras desigualdades posibles y hacer evidentes que las relaciones sociales son producto de relaciones de poder y no la consecuencia de características naturales definidas por diferencias biológicas. Denuncian que lo *personal es político* es que los problemas de la esfera de la intimidad personal están atravesados por el juego de relaciones de fuerza entre los sexos (Masson 2007).

un clero dispuesto a condenar todas las faltas femeninas a la decencia, y notoria reproductora de una visión pesimista de las mujeres y de la feminidad, inculca explícitamente una moral profamiliar, enteramente dominada por los valores patriarcales, especialmente por el dogma de la inferioridad natural de las mujeres.

Luego, la totalidad de la cultura “docta”, vehiculada por la institución escolar que, tanto en sus variantes literarias o filosóficas como en aquellas médicas o jurídicas no ha cesado de transmitir unos modos de pensamiento arcaicos (con por ejemplo, el peso de la tradición aristotélica que hace del hombre el principio activo y de la mujer el elemento pasivo) y un discurso oficial sobre el segundo sexo en el que colaboran teólogos, legisladores, médicos y moralistas, y que tiende a restringir la autonomía de la esposa, especialmente en materia de trabajo, en nombre de su naturaleza “pueril” y necia (Bourdieu 2000).

En definitiva, parece que es muy difícil cambiar prácticas instituidas hace centenares de años, las mentalidad que las sustentan. Sólo nos resta seguir realizado un trabajo crítico que deje al descubierto las intenciones menos evidentes de postulados éticos que dicen proteger algo sagrado.

Referencias bibliográficas

1. **Di Liscia** María Herminia B., **Zandrino** María Elena, **Domínguez** María Marcela. (2009) “Ciudadanía y derechos de las mujeres. Conceptos introductorios y propuestas de actividades”. Red de Editoriales de Universidades Nacionales. La Pampa.
2. **Barrancos**, Dora (2000) “Inferioridad jurídica y encierro doméstico”. En Gil Lozano, Fernanda, Pita, Valeria; Ini, María G. (dir.) Historia de las mujeres en Argentina. Colonia y siglo XIX. Buenos Aires, Taurus.
3. **Bourdieu**, Pierre (2000). “La dominación masculina”. Anagrama. Barcelona. Cap. 3.
4. **Brown**, Josefina Leonor (2007) “¿De qué hablamos cuando decimos derechos reproductivos y sexuales? Los derechos (no) reproductivos como punto de anudamiento”, presentado en I Congreso Internacional y III Congreso Nacional sobre Género y Derechos Humanos de las Mujeres: Políticas públicas, acceso a la justicia y equidad de género: Reflexiones y tendencias en el contexto nacional e internacional. Organizado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos - IIDH-, en el marco del "Proyecto CEDAW-Argentina", auspiciado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional -ASDI-, y el Instituto de Derechos Humanos de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata.
5. **Foucault** Michel (1979) “Microfísica Del Poder” Editorial: La piqueta (España).
6. **Fraser**, Nancy (2000) “¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era “postsocialista””. En New Left Review. Madrid, Akal pp. 126-155.
7. **Giberti** Eva (2003) “*El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos*” Primer Congreso Nacional de Partería – La Plata <http://www.evagiberti.com>
8. **Gogna** Mónica y otros (1997) “La salud reproductiva en la Argentina: estado de situación y problemas críticos”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. La Salud Reproductiva: un nuevo enfoque de la salud de las mujeres. Bs. As. Capítulo 2.

9. **Héritier** Françoise (2007) “¿Debe la democracia representar a las mujeres en tanto mujeres? En Masculino/ Femenino II. Disolver la jerarquía. Fondo de Cultura Económica. Bs. As.
10. **Lamas**, Marta, (1986), La antropología feminista y la categoría ‘género’. Nueva Antropología, Vol. VIII, N° 30. México. pp. 173-198.
11. **Masson** Laura (2007) Feministas en todas partes. Una etnografía de espacios y narrativas feministas en Argentina. Prometeo. Bs As.
12. **Novick** Susana (2002) “Democracia y fecundidad: políticas relacionadas con la salud reproductiva y la anticoncepción. Argentina 1983-2001”. Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de investigaciones Gino Germani, Buenos Aires.
13. **Sarrille** Graciela “Reproducción e imagen de la mujer. Crítica de género en demografía”. Universidad de Barcelona. Facultad de ciencias políticas. Departamento de Sociología. Diagonal, 690.08034. España.
14. **Torrado** Susana (1993) “Pro creación en la Argentina. Hechos e ideas”. Edición De la Flor, Bs. As.

Artículos de prensa consultados

1. **Conders**. Página oficial. <http://www.conders.org.ar>.
2. **Conders**. Gacetilla de prensa del 24/8/2011: Persisten barreras a los derechos sexuales en argentina. <http://www.feim.org.ar/pdf/11-08-24-conders.pdf>
3. La Arena. Edición del 30/4/2012. Sección: La Ciudad. Titular: Una mujer anónima que "sacó" una ley.
4. Página 12. 3/9/2009. Sección: Sociedad. Título: Marche castigado a la salita. Por Mariana Carbajal.
5. Página 12. Edición del 26/8/2011. Suplemento Las 12. Título: Profundizar los derechos sexuales. Por Luciana Peker.
6. Soy Pampeano. Edición: 2/9/2011. Datos definitivos del censo 2010: mirá cuántos somos en La Pampa Fuente: diario textual. <http://www.soypampeano.com/diario/2011/09/censo-la-pampa/>.

Leves consultadas

1. **Ley de la provincia de La Pampa 1.363.** 27/9/1991. Creación del programa provincial de procreación responsable.
 - a. <http://www.cnm.gov.ar/LegProvincial/LaPampaLegislacionSaludReproductiva.pdf>

2. **Ley nacional 25.673.** 21/11/2002. Programa nacional de salud sexual y procreación.
 - a. http://www.sdh.gba.gov.ar/normativanacyprov/niniez/nacional/nac_ley25673prognac_saludsexual_proc.pdf

3. **Ley de la provincia de La Pampa 2079.** 16/12/2003 Sobre el ejercicio de las actividades de la salud. Derogación decreto n° 504/69 ley y modificación de diversas normas vigentes. (Legalización de la contracepción quirúrgica).
 - a. <http://www.notivida.com.ar/legprovincial/La%20Pampa%20Ley%202079%20contracepcion%20quirurgica.html>

4. **Ley nacional 26.130.** 9/8/2006. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. <http://sasharg.com.ar/descargas/26.130.pdf>