

**INFORME ACADÉMICO FINAL
BECAS “RAMÓN CARRILLO – ARTURO OÑATIVIA”
PROGRAMAS SANITARIOS CON APOYO INSTITUCIONAL
CONVOCATORIA 2005**

Título:

La Práctica de Ligadura Tubaria en Hospitales Públicos del Gran Mendoza: un cruce entre los derechos ciudadanos de las mujeres y los servicios de salud, un análisis desde la perspectiva de género. (2000-2005)

BECARIA: ROSANA RODRÍGUEZ

DIRECTORA: DRA. ALEJANDRA CIRIZA.

**INSTITUCIÓN: UNIDAD DE ESTUDIOS DE GÉNERO. INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y AMBIENTALES (INCIHUSA-CONICET), CENTRO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS (CRICYT- MENDOZA).
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES - UNCUYO**

Año: 2006

La Práctica de Ligadura Tubaria en Hospitales Públicos del Gran Mendoza: un cruce entre los derechos ciudadanos de las mujeres y los servicios de salud, un análisis desde la perspectiva de género. (2000-2005)

Lic. Rosana Paula Rodríguez

Directora de Beca: Dra. Alejandra Ciriza

Con Apoyo Institucional de Unidad de Estudios de Género- INCIHUSA- CRICYT-Mendoza- CONICET.

I INTRODUCCIÓN:

El tema de investigación que nos ocupa es la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres, en un momento singular de la historia de nuestro país, a partir de la recuperación de la democracia, tema que se coloca como un asunto relevante en el debate público.

En este trabajo se toma el caso particular de la LT, instalada como tema de debate en el espacio público a partir de las demandas de las mujeres al sistema sanitario estatal. En 1999 se produce, en nuestra provincia, el primer pedido de amparo para la autorización legal de LT (LT), acontecimiento a partir del cual se sitúa esta problemática como parte del debate por los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres. Desde el año 2000 existe en Mendoza una Resolución Ministerial (N° 2492) que autoriza la LT en los hospitales públicos.

Los derechos sexuales y reproductivos implican un cruce entre los derechos ciudadanos y las políticas públicas que a menudo, como en el caso de la LT, produce conflictos al interior de los servicios de salud, entre quienes, por razones profesionales, se ven involucrados en estas transformaciones: (es el caso de los efectores de salud) y las sujetas que demandan derechos ciudadanos. En este trabajo se ha hecho énfasis en uno de los nudos conflictivos, relativo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por una parte ingresan en el debate público y son objeto de la intervención del Estado asuntos considerados de orden personal: pues involucran cuestiones como las de la autonomía de los sujetos y sus derechos personalísimos, los valores asignados a la vida, la sexualidad, la maternidad. Por otra parte al transformarse en objeto de políticas públicas (expresas o tácitas) afectan el lugar de los profesionales de la salud y vienen a conmover una idea ampliamente aceptada respecto del lugar del saber médico respecto de los cuerpos de los sujetos, en particular de las mujeres.

Hemos podido atender una serie de nudos conflictivos:

- 1) Los debates públicos por la LT al interior de un debate mayor por los derechos ciudadanos de las mujeres que involucran los avances legislativos efectivamente obtenidos.
- 2) Las posiciones de las mujeres como demandantes respecto de derechos sexuales y reproductivos.

- 3) Las posiciones de los médicos, tanto respecto de las regulaciones legales de la profesión como respecto de los derechos ciudadanos de las mujeres.
- 4) Las tensiones entre profesionales y mujeres en situación de demanda de LT en Hospitales Públicos.

El punto de vista teórico adoptado es la perspectiva de género, que nos permitió:

1. Redefinir lo que se entiende por derechos ciudadanos.
2. Analizar el concepto de salud que portan l@s profesionales, aún cuando el discurso médico puede presentarse para sus portadores como el discurso de la ciencia acerca de la salud y la enfermedad, es indudable que está cruzado por una serie de nociones relativas tanto al lugar de la propia profesión como a la interpretación social respecto del significado asignado a la diferencia sexo/género entre l@s sujet@s. Es decir: aún cuando se presenten como neutrales las intervenciones médicas están atravesadas por supuestos de índole ética y política.
3. Un análisis de género es crucial para reconocer las inequidades respecto de los derechos de las mujeres en lo que se refiere a la calidad de la atención en el servicio de salud prestado, principalmente en el campo de las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Esta perspectiva permite advertir la organización de un entramado de significaciones y ordenamientos políticos y culturales en torno al cuerpo de las mujeres y sus decisiones, ordenamientos en los cuales ponen de manifiesto la inercia de relaciones de poder/ subordinación sumamente difíciles de remover.

La salud sexual y reproductiva es una de esas zonas limítrofes entre el saber médico y los derechos de sujetos y sujetas a disponer de su cuerpo, su sexualidad y sus capacidades reproductivas. De allí la relevancia de trabajar sobre las prácticas médicas, la relación médico-paciente, tal como ella se da entre las mujeres de sectores subalternos en el sistema público de salud. El análisis sobre las significaciones asignadas a estas prácticas, así como su carácter fronterizo, de delgada línea entre saberes técnicos, derechos ciudadanos y decisiones éticas ha conducido, como un paso previo, al trazado de un panorama general sobre los debates existentes en el campo de la ética contemporánea a partir de un punto de vista feminista que se sitúa en un punto crítico respecto de las perspectivas pretendidamente universalistas y de la difundida apelación de Carol Gilligan a la ética del cuidado.

II. OBJETIVOS:

- 1) Analizar la cuestión de la LT como derecho ciudadano de las mujeres.
- 2) Describir las posiciones de l@s profesionales de la salud (con relación a: sus disciplinas, jerarquías, funciones y relaciones que guardan entre sí, y a sus posiciones éticas)

- 3) Describir y analizar cómo se juegan las relaciones entre l@s profesionales de la salud y las mujeres (beneficiarias-usuarias) en torno de la decisión de LT.

III. HIPÓTESIS:

Los supuestos adoptados en esta investigación son los siguientes:

- La LT forma parte de lo que hoy se define como un derecho ciudadano para decidir sobre el propio cuerpo, sin embargo se halla afectado tanto por la asimetría entre avances legales y garantías reales, como por la diferencia entre la existencia de un derecho y la subjetivación del mismo por parte de l@s ciudadan@s.
- L@s profesionales de la salud, en virtud de su lugar de saber-poder ocupan posiciones estratégicas en la toma de decisiones como la LT. Dichas posiciones están cruzadas por una serie de supuestos éticos y políticos y por relaciones estructurales internas a la organización del sistema de salud, que funcionan como “habitus”, tanto para l@s sujet@s como para los efectores del sistema.

IV. METODOLOGÍAS UTILIZADAS

Para explorar la relación concreta entre medicina y cuerpo femenino a partir de posturas políticas, éticas y morales e interpretar cómo funcionan los principios bioéticos en la atención pública y las intervenciones médicas en torno al caso particular de la LT en Mendoza nos basamos en una amplia bibliografía sobre ética, salud, Salud sexual y reproductiva, derechos e imaginarios sociales, etc. cuya sistematización nos ha permitido la elaboración de nuestro marco teórico con su respectivo corpus categorial.

Dada la orientación de este trabajo, lo más adecuado es el estudio de casos a través de metodología cualitativa.

Para el análisis del debate público instalado en la provincia respecto del proyecto de Ley de Contracepción Quirúrgica se tuvo en cuenta información periodística proporcionada por los diarios principales de Mendoza: *Uno* y *Los Andes*, se utilizaron artículos, notas de opinión y toda información sobre LT que se fue recolectando desde el año 2000, también se hicieron rastreos en las páginas Web de los respectivos periódicos. El análisis de las leyes vigentes sobre contracepción quirúrgica o LT en el país, se rastreó en diferentes páginas Web y se consultó a diferentes profesionales y legisladores de distintas provincias que estuvieron vinculados en la promoción de las respectivas legislaciones provinciales. Además contamos con la información proporcionada por la Red Informativa de Mujeres (RIMA) que nos permitió realizar un seguimiento de los

acontecimientos y debates que tuvieron lugar en cada provincia para lograr la sanción de sus respectivas leyes¹.

Para la reconstrucción del proceso que significó instalar el Consultorio de LT nos centramos en la experiencia realizada en el Hospital Lagomaggiore mediante entrevistas a informantes clave: integrantes y ex integrantes del Consultorio de LT y funcionarias de PPSR.

La entrevista en profundidad es la técnica más apropiada para acceder al universo de significaciones de l@s profesionales de la salud, conocer criterios, concepciones teóricas y opiniones sobre LT, sobre la relación médic@-beneficiarias usuarias, y la relación con otr@s profesionales. Es además una instancia de observación: pudimos conocer a l@s profesionales de la salud, escucharlos, estar en su trabajo, ver sus movimientos, sus relaciones. Entrevistamos a l@s que se desempeñan en los servicios de maternidad, ginecología, obstetricia y tocoginecología del Hospital Lagomaggiore. Para enriquecer la información realizamos una entrevista colectiva al Comité de Bioética del mismo Hospital. L@s sujet@s de investigación fueron seleccionad@s mediante un muestreo teórico intencional. La muestra de profesionales se basó en la división entre aquell@s que se pronunciaron a favor de la intervención de LT en los hospitales públicos y los que se mantuvieron contrarios. Se decidió cubrir ciertas categorías, como la edad, el género, y la disciplina: Médic@s, Obstetras o parteras, Psicólogas/os, y Trabajadoras/es Sociales, como también la función y la posición jerárquica que ocupan en dicho centro asistencial.

En total se realizaron diez entrevistas a profesionales y una entrevista Colectiva al Comité de Bioética. Las entrevistas a profesionales se basaron en una guía diseñada que consta de 5 ítems básicos: Derechos ciudadanos, regulaciones legales de la profesión. Relación profesionales del sistema de salud / pacientes en torno de decisiones ligadas a la salud sexual y reproductiva. Significaciones asignadas a las decisiones de las mujeres y al deber ser que las mujeres deben satisfacer. Valoración sobre la maternidad y Principios, valores y reglas éticos que predominan en las prácticas de l@s profesionales.

Por otra parte se analizaron los datos de los expedientes de pedido de LT. De los 1190 expedientes cargados por el Programa Provincial de Salud Reproductiva, tomamos una muestra de 641 casos que se corresponden a nuestro universo de estudio: el Hospital Lagomaggiore. Es decir que consideramos sólo los pedidos o derivaciones de LT realizadas en dicho hospital².

¹ www.rimaweb.com.ar

² A pesar de las dificultades iniciales para procesar y analizar los datos, producto de los malos registros y la falta de orientación sociológica en la elaboración de la matriz y en la creación de categorías, pudimos realizar una limpieza de datos, recodificar, crear nuevas categorías, editar, etc. Tareas necesarias para el procesamiento y análisis univariado y bivariado, que se realizó mediante el uso del programa estadístico SPSS.

Finalmente, se contó con trece entrevistas a mujeres que pasaron por una intervención quirúrgica de LT, realizadas por las profesionales del PPSR. Estas entrevistas han sido analizadas para poder cotejar dicha información con las entrevistas de l@s profesionales.

V. RESULTADOS OBTENIDOS.

5.1. DEBATES LEGISLATIVOS SOBRE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA.

En nuestra provincia, en 1999, se autorizó por primera vez, por vía de amparo judicial una solicitud interpuesta para realizar una LT a una mujer embarazada, dentro de la obra social de l@s emplead@s públicos (OSEP) situación que despertó una amplia polémica. Al tomar estado público la problemática de la LT se plantea una serie de conflictos de diverso orden: moral, ético, médico, jurídico, psicológico, social y religioso, que no se evidenciaban cuando esta práctica se acordaba exclusivamente en el ámbito privado y secreto de la relación interpersonal médico/paciente.

Esto llevó al dictado de una **Resolución N° 0307/00** en la OSEP en **mayo de 2000** para cubrir la LT sin previa autorización judicial. En **octubre de 2000** se resolvió, por medio de **Resolución Ministerial N° 2492**, realizar el procedimiento quirúrgico de LT en hospitales públicos, siempre y cuando se ajustaran a ciertos requisitos.

Ambas resoluciones constituyen un elemento jurídico fundamental para habilitar a l@s profesionales a realizar dicha práctica en los hospitales públicos y del Estado, teniendo en cuenta, para la aceptación de dicho procedimiento quirúrgico, los casos donde no sean aplicables otros métodos anticonceptivos y que cuenten con indicación terapéutica precisa, previo consentimiento escrito de la paciente. De este modo, las mujeres que solicitan ligadura, en hospitales y obras sociales, son sometidas a un meticuloso examen de una junta interdisciplinaria que autoriza las intervenciones a través de tres informes: médico, psicológico y social, para cada paciente. El PPSR es parte de estos equipos evaluadores, recibe estas solicitudes e interviene, en caso de ser necesario, en la realización de los informes.

La discusión sobre la contracepción quirúrgica tomó fuerza nuevamente, en diciembre de 2002, cuando La Cámara de Diputados Provincial dio media sanción a un **proyecto de ley de Contracepción quirúrgica** que elimina las trabas existentes para acceder a la LT y a la vasectomía, en todos los hospitales públicos y privados y obras sociales de la Provincia, dejando como única condición el consentimiento de la o el paciente. El resultado de la votación fue 30 contra 9. En el debate intervinieron diferentes organizaciones sociales, comunitarias, barriales, de mujeres, distintas corporaciones: médicas, religiosas, partidos políticos. Estaban presentes sus impulsores/as y sus detractores/as de todos los partidos y sectores de la sociedad. Lo mismo ocurrió en cada Comisión del Senado donde el proyecto fue discutido.

Finalmente el 23 de noviembre de 2005 se aprobó con Ley N° 7456 la Contracepción Quirúrgica. Pero como cada vez que se debate sobre el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos que las mujeres tienen, surgen opositores que consideran que cualquier avance legal en este sentido es no sólo inútil y antiético sino pernicioso para el conjunto de los valores morales de la sociedad. Los discursos que se esgrimieron reflejan conflictos de diferente orden que se sintetizarán a continuación³. A manera de síntesis, señalaremos a través de las diferentes argumentaciones, aquellos aspectos o puntos de vistas dominantes en las posiciones a favor y en contra del proyecto de ley de contracepción quirúrgica.

Argumentos	En Contra	A Favor
Moral	Mutilación	Diferentes opciones valorativas
Médico	Mutilación	Esterilización
Legal	Mutilación (Mala praxis)	Justicia y equidad
Psicológico	Secuelas psíquicas	Salud mental
Sociales	Políticas poblacionales “Esterilizar pobres”	Concepto de Salud integral
Derechos ciudadanos		Derecho a la Autonomía derechos personalísimos Derecho a decir

Este cuadro permite visualizar rápidamente los puntos centrales en los que se sustentaron las diferentes argumentaciones, en relación a los discursos “a favor” y “en contra” de la ley de contracepción quirúrgica. Entre los discursos contrarios a la ley se expresaron representantes de la iglesia católica, la comunidad judía, la corporación médica (Círculo Médico de Mendoza), y legisladores de Partidos conservadores y organizaciones como Pro-vida. Es recurrente la denominación de “mutilación” a la práctica de LT, ya sea desde el punto de vista moral, médico, legal médico y psicológico. La LT, definida como una mutilación, es considerada como una práctica ilegal, lo que se traduce en los médic@s en miedo a los juicios por mala praxis. En relación a los aspectos psicológicos y emocionales, los argumentos tienden a reforzar el binomio Mujer = Madre, al poner en juego la idea de “mutilación”. L@s detractores/as sostienen que la pérdida definitiva de la capacidad reproductiva significa para las mujeres la pérdida de su feminidad, asociada a la idea de vacío, con graves consecuencias futuras para sus vidas. Sin embargo, tener un/a hij@ no depende sólo de lo biológico, sino de la posibilidad de poder sostener ese deseo en el orden de lo psicológico y de sostenerlo como parte de un proyecto vital.

³ Las fuentes consideradas fueron los dos periódicos mendocinos más importantes Diario Uno y Diario Los Andes constituyeron las fuentes principales de los argumentos esgrimidos, tanto a favor como en contra de la ley de contracepción quirúrgica

Los argumentos sociales contrarios, se sustentan en aspectos demográficos, comparando la esterilización femenina voluntaria con campañas de esterilización masiva llevadas a cabo en el marco del Plan Mc. Namara en los años 60 y 70. Lo que aparece cuestionado es la capacidad de las mujeres en tanto sujetas adultas capaces de tomar decisiones libres y autónomas. Por añadidura se toleran las prácticas de LT en el ámbito privado, pero lo importante es que no trascienda al ámbito público. Legitimar, para el conjunto de las mujeres (y no para un puñado de mujeres privilegiadas que puede pagarlo) la práctica de LT implicaría la decisión política de poner límites a la autoridad y el control social que ejercen la estructura de la Iglesia, la Ciencia y el Estado sobre el cuerpo de las mujeres. En este sentido no es extraño el vacío argumental de este discurso en cuanto a derechos ciudadanos, ya que los derechos ejercidos en función de las posibilidades de acceso al “mercado” de la salud, en cuanto ligados al privilegio de clase no son tales, pues no son universales, sino que son simplemente privilegios que quedan vedados para la gran mayoría de la población.

En los discursos a favor, se expresaron organizaciones de mujeres y feministas, funcionari@s del PPSR y del PROMIN (Programa Materno Infantil), legisladores/as. No hay unanimidad respecto del conflicto moral. Desde el punto de vista médico sostienen que la práctica de LT es un método de esterilización, que no representa un peligro para la mujer, ni compromete su sexualidad, sólo persigue la pérdida de la capacidad reproductiva. Desde el punto de vista legal, queda entendido que la mujer puede disponer de su propio cuerpo: la LT y la vasectomía se plantea como una alternativa más entre las múltiples opciones que debe ofrecer el Estado para que L@s sujejt@s puedan decidir. Una concepción de salud integral, que considera los aspectos psíquicos y sociales es la base sobre la que se sustenta dicho discurso.

El punto más relevante en la trama argumentativa es el que sostiene que la contracepción quirúrgica es un problema de derechos ciudadanos (dentro de los derechos sexuales y reproductivos) y de Justicia social, ya que las mujeres de menores recursos, deben tener las condiciones necesarias para poder optar por esta práctica en forma gratuita en los hospitales públicos. La maternidad debe ser una elección y no una imposición y para poder decidir sobre el propio cuerpo son necesarias condiciones que garanticen opciones reales, lo cual es responsabilidad de un Estado laico⁴. La ley abre la puerta para el ejercicio de un derecho. Las mujeres siguen estando tuteladas por una serie de poderes, tuteladas en sus cuerpos, y una mujer es su cuerpo. No respetar el derecho a la autonomía, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, constituye una injusticia y una gran desigualdad. Una mujer que no quiere tener más hijos y queda embarazada, se encuentra ante dos caminos que vulneran sus derechos e integridad física y emocional: o se realiza

⁴ En este sentido sólo un estado laico, garantiza derechos para tod@s ll@s sujejt@s independientemente de sus creencias religiosas o sus asuntos de conciencia.

un aborto en condiciones clandestinas, lo que pone en riesgo su vida, o queda compelida a llevar adelante un embarazo forzado, con todas sus consecuencias.

Si se opta por el aborto clandestino, las alternativas pueden ser variadas, desde la curación cuando llega con una complicación a la sala de guardia de cualquier hospital público, la Internación en la Unidad de Terapia Intensiva, o pagar con su vida, y pasar a engrosar las cifras de mortalidad por gestación.

Si en cambio, la mujer decide continuar su embarazo, el feto sufrirá las consecuencias también, dado que la captación del embarazo por el sistema de salud será tardía, los controles prenatales serán insuficientes o los resultados perinatales serán malos.

Algunos datos para Mendoza de Embarazos No Deseados, en el año 2005.

Por grupos etéreos:

Embarazo no deseado

Edad de la madre	Embarazo no deseado	Embarazadas	Porcentaje
Hasta 15 años	14	14	100,0%
16 o 17 años	53	81	65,4%
18 o 19 años	81	138	58,7%
<i>Embarazo adolescente</i>	148	233	63,5%
20 a 34 años	378	788	48,0%
35 años o más	64	105	61,0%
Ignorado	0	1	
Total	590	1.127	52,4%

Por Nivel de instrucción de la mujer:

Embarazo no deseado

Nivel de instrucción	Embarazo no deseado	Embarazadas	Porcentaje
Analfabeta	12	19	63,2%
Primaria incompleta	97	142	68,3%
Primaria completa	235	437	53,8%
Secundaria incompleta	150	328	45,7%
Secundaria completa	76	162	46,9%
Terc. / Univ. incompleta	16	33	48,5%
Terc. / Univ. completa	4	6	66,7%
Ignorado	0	0	
Total	590	1.127	52,4%

Fuente: Carlos Cardello: Mortalidad Materna por Aborto (Dirección Provincial Materno Infantil, 2005)

Según datos de la Dirección Provincial Materno Infantil, la causa obstétrica indirecta y el aborto son las principales causas de mortalidad por gestación⁵. En la Provincia de Mendoza, entre los años 2000 y 2004 las defunciones maternas según causas indirectas y directas fueron los siguientes:

Mortalidad por Gestación. Según causa obstétricas directas e indirectas.		
Causa	Defunciones	Porcentajes
Indirecta	21	28,8%
Aborto	20	27,4%
Hemorragia	10	13,7%
Eclampsia y pre-eclampsia severa	8	11,0%
Embarazo ectópico	4	5,5%
Embolia obstétrica	4	5,5%
Sepsis puerperal	3	4,1%
Embarazo molar	2	2,7%
Hígado graso	1	1,4%
Total	73	100%

Fuente: Carlos Cardello: Mortalidad materna por aborto
(Dirección Provincial Materno Infantil, 2005)

Es necesario señalar que las diferentes organizaciones de Mujeres (CLADEM, FEC, La Red de Mujeres Solidarias, Las Juanas y las Otras,) que se expresaron enérgicamente para lograr la ley y el PPSR siguen promoviendo acciones de cabildeo (advocacy y lobby) para la reglamentación de esta ley. Las posiciones sostenidas por esta suerte de alianza es la de que la esterilización pueda realizarse gratuitamente en los hospitales públicos (**Ver Anexo 1**).

5.1.1. Análisis de las legislaciones provinciales vigentes en Argentina

Actualmente, en nuestro país ocho provincias⁶ cuentan con una ley que permite la práctica de contracepción quirúrgica, la primera provincia en tener una respuesta legal fue **Río Negro**, mediante la Ley N° 3450 sancionada el 12 de octubre de 2000, promulgada el 23 de octubre de 2000, Decreto N° 1450 para que el Programa Provincial de Salud reproductiva comprendiera la realización de LT a las mujeres y de vasectomías a los varones. Dicha ley permitió la modificación de ciertos artículos de la Ley N° 3059 de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana. El artículo N° 3, inciso c) y d) indica que - Todos los establecimientos médico-asistenciales públicos o privados de salud, a través de sus servicios y con las estrategias de atención primaria de salud, brindarán las siguientes prestaciones: c) Aplicación de métodos de contracepción quirúrgica tales como LT de

⁵Creo que el concepto de mortalidad materna no es la más conveniente, por eso prefiero al igual que Martha Rosenberg la expresión muertes por gestación ya que comprende a las mujeres que mueren por evitar una maternidad no elegida.

⁶ Leyes provinciales extraídas de diferentes páginas de las legislaturas provinciales: www.indice_legislacion_provincial.html, http://www.conders.org.ar/html2/estado_legislativo.html, <http://www.tribune.com>, http://www.cnm.gov.ar/leg_prov/sr/saludrep.htm

Falopio y vasectomía. d) Controles de salud, estudios previos y posteriores a la prescripción y utilización de anticonceptivos y aplicación de métodos de contracepción quirúrgica. En el artículo 4° señala que -En los establecimientos médico-asistenciales públicos, la aplicación de métodos de anticoncepción quirúrgica, tales como LT de Falopio y vasectomías así como su recanalización será totalmente gratuito para aquellos pacientes que no cuenten con cobertura de obra social o cuando no cubran dichas prestaciones ni cuenten con otros medios para afrontar esos costos. En el artículo 7° - Para el caso en que el o la paciente opte por el método de contracepción quirúrgica, deberá contar con el previo asesoramiento e información detallada de un servicio interdisciplinario, organizado dentro del marco del presente programa provincial, que asegure el estado de plena conciencia y el conocimiento de los alcances y de las consecuencias de la elección de dichos métodos de contracepción. Para la aplicación del método se requerirá en forma previa a la intervención, el “consentimiento escrito” del paciente mayor de edad, con la notificación acerca de los riesgos médicos asociados. En los casos de incapacidad, los métodos de contracepción quirúrgica voluntaria, podrán ser aplicados con la conformidad del representante legal del mismo, quien a su vez deberá contar con la respectiva venia judicial.

Otra provincia que cuenta con una ley específica es **Tierra de Fuego**, que permite efectuar la LT y vasectomías en la red de hospitales público por Ley N° 533, sancionada el 11 de octubre de 2001, que también permitió una modificación de la Ley N° 509 de Salud Sexual y reproductiva. En su artículo 1° se establece como excepción que l@s beneficiarios podrán utilizar métodos de anticoncepción quirúrgica, ya sea mediante la LT en la mujer o la vasectomía en el hombre, sólo en casos que otros métodos anticonceptivos resulten *insuficientes o inconvenientes* para salvaguardar la salud de l@s beneficiari@s, deberán contar previamente con todo el asesoramiento e información debidamente detallada y se exigirá la mayoría de edad previa a la intervención quirúrgica y el pertinente consentimiento por escrito, en el que constará la expresa notificación de los riesgos médicos asociados que se transcribirán en el mismo documento. No será necesario exigir autorización judicial alguna por parte del Sistema Público de Salud para realizar la intervención quirúrgica requerida.

Le sigue la provincia de **Chubut**, Ley N° 4950 denominada “Contracepción quirúrgica”, presentada el 7 de julio de 2002 en su artículo 1° “se autoriza a los establecimientos médicos públicos y privados y a los profesionales médicos a la aplicación de métodos de contracepción quirúrgica voluntaria, los que podrán hacerse efectivos únicamente en cualquiera de los siguientes casos: *Cuando exista un diagnóstico médico que aconseje la práctica para evitar grave riesgo o daño en la salud. Cuando el paciente mayor de edad preste consentimiento escrito, en el que medie*

constancia de haber sido notificado acerca de los riesgos médicos asociados y las consecuencias del tratamiento médico de contracepción al que será sometido". Y en el artículo 4° exige que en toda institución pública o privada donde se realicen las intervenciones quirúrgicas deberá existir un Comité de Bioética, que cumplirá funciones de asesoramiento y supervisión respecto de aquellas cuestiones que surjan de las prácticas médicas. Se reglamentó mediante decreto N° 932/03 el Comité de Bioética y su funcionamiento, 18 de Julio de 2003. Cuando la ley señala que podría hacerse efectivo en cualquiera de los dos casos, puede interpretarse como dos condiciones diferentes a cumplir para la realización de la práctica, quedando la segunda subsumida a las razones de índole médico-biológicas. Este artículo no es muy claro y puede prestarse a confusión.

Neuquén, es otra de las provincias que cuenta con una reglamentación legal, por Ley N° 2431, sancionada el 2 de julio de 2003. Esta ley modifica algunos artículos de la Ley N° 2222 de Salud Sexual y Reproductiva existente en la provincia desde 1997. En su artículo 1° incorpora a la práctica de la medicina los métodos contraceptivos quirúrgicos para mujeres y varones, en el marco del "Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva". El artículo 5° modifica el artículo 6 de la Ley N° 2222, quedando redactado de la siguiente manera: "Los métodos a que hace referencia esta Ley podrán ser de *carácter reversible y transitorio, como así también definitivos*. En todos los casos el método elegido deberá respetar el derecho de *autonomía personal*, requiriéndose el consentimiento informado por escrito".

También tiene su ley la provincia de **La Pampa**, Ley N° 2079 sobre el Ejercicio de las Actividades de la Salud, derogada mediante decreto N° 156/03, el 16 de diciembre de 2003. Se modificaron la Ley N° 504/69 y diversas normas vigentes para admitir la legalización de la contracepción quirúrgica. Dicha ley en su artículo 17 considera como ejercicio médico en general: en el inciso d) "La realización de prácticas quirúrgicas de *infertilización* potencialmente reductibles –ligadura de trompas de Falopio y vasectomía". En el artículo 21 inciso f) "La obligación de informar perdura para cuando el requerimiento proviene del /la interesad@ respecto a intervenciones sobre las áreas estéticas o supuestos de infertilización potencialmente reductibles como ligaduras de trompas de Falopio o vasectomías, que impliquen una decisión sobre los *derechos personalísimos* del ser humano". En tal sentido el interesado debe cumplimentar los siguientes requisitos: ser mayor de edad, solicitud fundada por escrito y firmada, receptar el informe profesional, indicación terapéutica integral (intervenciones interdisciplinarias de áreas psico-físico-social), reconocimiento expreso y por escrito de que la práctica de retubarización o fertilización asistida será sólo asumido por el/la interesad@. En los supuestos de contradicción en la emisión de la indicación terapéutica integral se requerirá dictamen del consejo bioético provincial. En el inciso

g) señala que para los menores o incapaces deberá requerirse autorización de la autoridad judicial competente.

El **Chaco** tiene su Ley N° 5409/04 que modifica la ley 4276 de Procreación responsable, e incorpora la práctica de LT y vasectomías, sancionada el 23 de junio de 2004. La vasectomía sólo puede realizarse cuando la LT no sea “*clínicamente factible de practicar a su cónyuge o concubina*”.

El 26 de agosto de 2004, el Senado de la Provincia de **Santa Fe** dio sanción definitiva a la Ley N° 12323 de Métodos de Anticoncepción Quirúrgica que contempla la incorporación de la LT y vasectomía a la Ley de Procreación Responsable N° 11.888, proyecto que dispone que en los hospitales públicos se puedan realizar vasectomías y ligaduras de trompas de Falopio en forma gratuita como métodos de anticoncepción quirúrgica para hombres y mujeres. Finalmente la provincia de **Mendoza** logró su Ley N° 7456 de Contracepción Quirúrgica, el 23 de noviembre de 2005. La Cámara de Diputados aceptó las modificaciones que introdujo el Senado al proyecto inicial y la ley salió tras tres años de debate en ambos recintos. Como era previsible, el proyecto inicial sufrió importantes modificaciones, entre ellas la obligación de la reversibilidad de los efectos de la técnica de LT y vasectomía y la eliminación del artículo N° 8 que se refería a las garantías que el Estado debía proporcionar a las personas que fueran infértiles.

Respecto del primer punto en la última Comisión conjunta de Salud y Legislación y Asuntos Constitucionales del Senado, realizada el 21 de noviembre, se contempló la necesidad de pedir una partida especial para el año 2006 con el objeto de comprar cuatro aparatos laparoscópicos, que serán los que se utilizarán en este tipo de intervenciones y que tendrán como destino final los hospitales de cabecera de la provincia. El despacho salió con las firmas favorables de senadores que antes se habían opuesto firmemente al proyecto inicial, como Pablo Patti (PJ), Humberto Cavagnaro (PD) y Arturo Ahumada (PJ).

A continuación transcribimos los artículos controvertidos que generaron posiciones encontradas.

Art. 1° - Autorízase a los profesionales médicos a realizar en los establecimientos hospitalarios estatales o privados de la Provincia, debidamente habilitados para el ejercicio de la medicina por el Ministerio Salud u organismo que lo reemplace, tanto en hombres como en mujeres, las prácticas médicas destinadas a obtener la contracepción quirúrgica, con métodos reversibles.

Art. 3° - En caso de matrimonios, se requerirá el consentimiento expreso de ambos cónyuges, y si hubiere disidencia entre ellos, el Estado Provincial brindará el apoyo profesional transdisciplinarias para la toma de la decisión. En el caso de continuar la disidencia entre ambos, prevalecerá el derecho personalísimo del cónyuge que desea practicarse la intervención quirúrgica.

El artículo primero autoriza a los médicos “a practicar la contracepción quirúrgica con métodos reversibles”. Este último concepto fijó las diferencias que enfrentaban a quienes estaban a

favor y en contra del proyecto. Al incorporar el vocablo reversibilidad, se salvaron las discrepancias ya que la LT y la vasectomía pasaban a ser considerados como métodos anticonceptivos y no como esterilización. La reversibilidad implica un tipo de técnica que no es posible generalizar ni utilizar en los hospitales de la provincia. Además no basta con la compra de los aparatos sino que su uso requiere la capacitación de l@s profesionales, ya que se trata de una técnica de mayor complejidad que requiere de amplia experiencia.

Otro aspecto controvertido de la ley es el artículo N° 3 que determina que tanto los varones como las mujeres deberán manifestar por escrito su consentimiento y en caso de matrimonios hará falta la firma de ambos cónyuges y si no hubiere acuerdo entre la pareja, se respetará el derecho personalísimo de quién desea la contracepción. Contrariamente, en el artículo 6° se dice, que se respetará la decisión que toda persona realice sobre la base de información de las ventajas y riesgos de dicha práctica para su salud.

En una sociedad donde la distribución de poder es desigual para varones y mujeres, en beneficio de los primeros, no significa lo mismo el consentimiento del varón que el de la mujer. Limitar la decisión de una persona según su condición civil, tiende a resolverse de manera diferenciada en detrimento de las mujeres. ¿Cómo es posible para una mujer hacer valer sus derechos personalísimos, si su autonomía queda reducida a la decisión del otro, si las mujeres - como hemos señalado- no cuentan con las mismas condiciones que su compañeros para tomar decisiones libres y autónomas, y menos aún cuando deben poner en riesgo su derecho a la privacidad para poder ejercer el derecho a la anticoncepción? Estar casada, no puede significar para las mujeres una restricción de los derechos sobre su cuerpo.

Finalmente otro aspecto a tener en cuenta de la ley mendocina es que atiende la posible objeción de conciencia de los profesionales, por lo que l@s médic@s que lo consideren oportuno podrán negarse a realizar la operación, a la vez que especifica la obligación de informar exhaustivamente sobre el procedimiento quirúrgico, y de proveer los medios para la realización de la práctica de LT y vasectomía.

Todavía la ley no es promulgada, aunque cuenta con el apoyo del Ejecutivo, lo que podría significar incluirla en los gastos presupuestarios. Sin embargo lo preocupante es que esta ley es mucho más restrictiva que la resolución ministerial que ha permitido, desde el año 2000, realizar LT en los hospitales públicos de la provincia.

En estas provincias se siguieron diferentes estrategias legales para alcanzar las respectivas leyes de Contracepción quirúrgica (modificaciones a leyes existentes, decretos ministeriales, nuevas legislaciones). Las leyes sostienen diferentes posiciones respecto de la gratuidad, la recanalización, las definiciones de LT, el peso relativo de las causas médicas, el lugar de la autonomía de los

sujetos, las concepciones acerca de los derechos de mujeres y varones. Por ejemplo la legislación chaqueña refuerza los estereotipos y roles de género, señala como razones aceptadas sólo los problemas asociados con el fracaso de otros métodos anticonceptivos y exige indicación terapéutica precisa. Los varones sólo podrán asumir su responsabilidad sobre sus capacidades reproductivas en aquellos casos en que sus compañeras no puedan realizarse una LT por contraindicación médica. La provincia de Neuquén tienen una ley de avanzada, es la única ley que reconoce el derecho a la *autonomía personal* en la decisión y elección del método anticonceptivo más adecuado a cada persona, que puede ser reversible transitorio o definitivo. En Chubut y Tierra de Fuego se aceptan la LT y vasectomías sólo en caso de riesgo médico o daño para la salud. En el caso mendocino la ley es mucho más restrictiva que las prácticas que admite la resolución ministerial vigente.

Es de destacar que en el Parlamento Nacional existen varios proyectos presentados sobre anticoncepción quirúrgica, que hasta el momento no han logrado ser tratados.

Cuadro comparativo sobre Legislaciones Provinciales sobre LT y Vasectomía

Provincia	Fecha	Situación Legal	Razones aceptadas	Consentimiento informado (CI)	Edad Mínima	denominación	Observaciones
Río Negro	Sancionada 12/10/2000 promulgada 23/10/2000	Ley N° 3450 y Decreto N° 1450 PPSR comprende la realización de LT y V.	Serán elegidos voluntariamente, salvo indicación o contraindicación médica	CI del o la paciente, previo asesoramiento e información de los riesgos del servicio interdisciplinario	Mayores de edad	Contracepción quirúrgica reversible	MAC de carácter reversible y transitorio. La recanalización corre por cuenta del Estado Incapaces = autorización legal
Tierra de Fuego	Sancionada 11/10/2001 Reglamentación Decreto 619/2002 25/03/2002	Ley N° 533 Modificación de Ley N° 509 de SSR	En los casos en que los MAC resulten insuficientes y/o inconvenientes para salvaguardar la salud de l@s beneficiari@s. Riesgo a la salud y riesgo médico	CI del o la Beneficiari@, previa notificación de los riesgos asociados a dicha práctica	Mayores de edad	Anticoncepción quirúrgica irreversible	El criterio rector para la recomendación de los métodos anticonceptivos de carácter irreversible debe primar la protección de la salud del paciente, que trasciende lo individual para conformar un valor de la comunidad.
Chubut	Sancionada 10/12/2002 Promulgada 32/12/2002	Ley N° 4950	Para evitar grave riesgo o daño en la salud	CI y constancia de haber sido notificado acerca de los riesgos médicos y las consecuencias del tratamiento	Mayor de edad	Contracepción Quirúrgica voluntaria	Incapaces = con autorización legal Para evitar riesgo o daño en la salud Exige la creación de Comité de Bioética (asesoramiento y evaluación)
Neuquén	Sancionada 02/07/2003	Ley N° 2431 Modifica artículos de Ley N° 2222 SSR	Garantiza el derecho a la autonomía personal y a la libre decisión	CI del o la Beneficiari@		Contracepción quirúrgica	Los MAC pueden ser de carácter reversible, transitorios y definitivos
La Pampa	Sancionada 27/11/2003 Reglamentada	Ley N° 2079 Modificación de Ley N° 504/69	Indicación terapéutica integral (psico- físico-social y/o requerimiento de l@s beneficiari@s	CI del o la beneficiari@ Respetándose el derecho de autodeterminación de las personas	Mayor de edad	Infertilización	Incapaces = autorización legal Reconocimiento expreso que la retubación o fertilización corre por cuenta del interesad@
Chaco	Sancionada 23/06/2004	Ley N° 5409/04 modifica ley 4276 de Procreación Responsable	Sólo en casos de que un nuevo embarazo ponga en riesgo grave la salud o la vida de la paciente	CI del o la beneficiari@,	Mayor de edad	LT Sólo se realizará Vasectomía en los casos en que LT no sea clínicamente factible	Menores e incapaces = Autorización judicial
Santa Fe	Sancionada 26/08/2004 promulgada 20/09/2004 Reglamentada decreto 987/2005 24/05/2005	Ley N° 12323		Consentimiento informada del o la paciente, previo asesoramiento e información		Anticoncepción quirúrgica	La o el requirente de la práctica puede ser acompañado /a por una persona de su elección y dejará constancia en el CI
Mendoza	Sancionada 23/ 11/2005	Ley N° 7456	Indicación terapéutica, requerida por varones y mujeres , derecho al completo bienestar físico, mental y social	En caso de matrimonio se exigirá el consentimiento expreso de ambos cónyuges, en casos de disidencia prevalecerá el derecho personalísimo del interesad@		Contracepción Quirúrgica reversible	Incapaces = Autorización legal

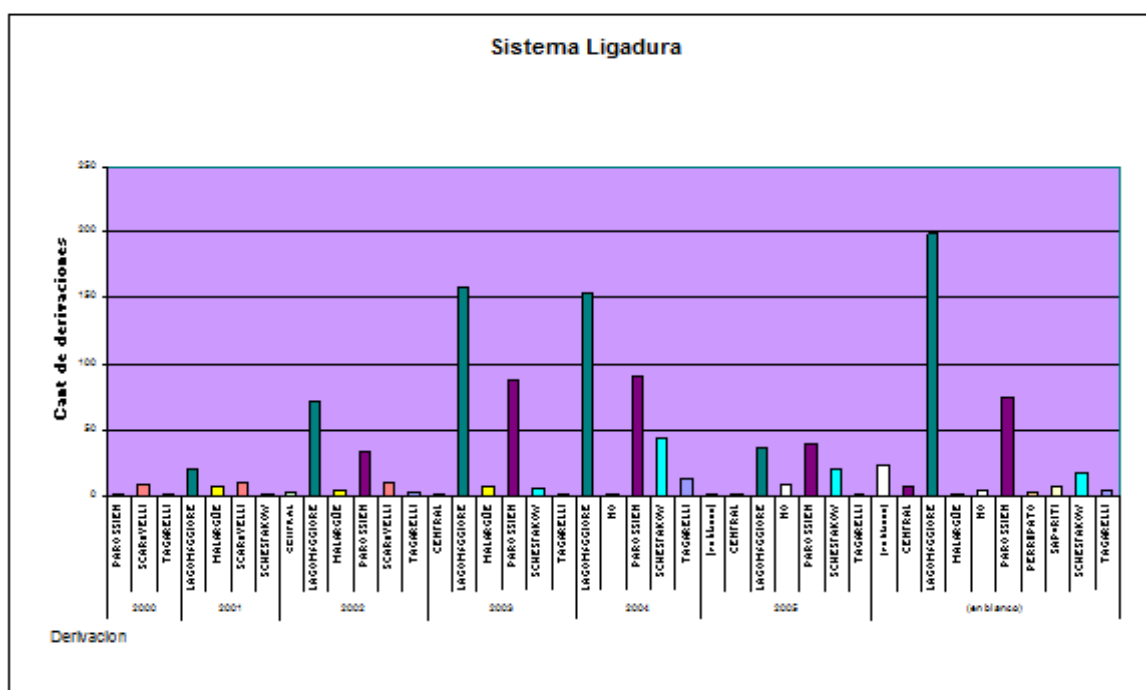
5.2. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL LAGOMAGGIORE. ANÁLISIS DE LOS EXPEDIENTES DE LT

En este apartado del informe realizaremos un análisis e interpretación de las fichas de pedidos de LT realizados en los hospitales públicos de la provincia de Mendoza, entre agosto de 2000 y junio de 2005⁷. En el **Anexo 2** se presentan todos los cuadros correspondientes al análisis univariado y bivariado (cruces de todas las variables posibles).

5.2.1. La LT en la provincia de Mendoza

El 54% de los casos de pedido de LT en los centros asistenciales de la provincia se concentran en el Hospital Lagomaggiore (641 casos), donde se halla la maternidad más grande de Mendoza y segunda en el país, y el 27% de los pedidos tiene como referencia el Hospital Paroissien (326 casos), ubicado en el Departamento de Maipú. El resto de los hospitales tiene un porcentaje mucho menor como podemos observar en el siguiente cuadro.

Pedidos de LT -agosto de 2000/ junio de 2004-



Pedidos de LT agosto de 2000 - junio 2004
Fuente: Programa Provincial de Salud Reproductiva

5.2.2. La LT en el Hospital Lagomaggiore

A partir de la Resolución, la LT es una práctica avalada legalmente que las mujeres pueden solicitar. El trámite admitido se realiza en menos de 15 días. Cuando el parto es por cesárea, se

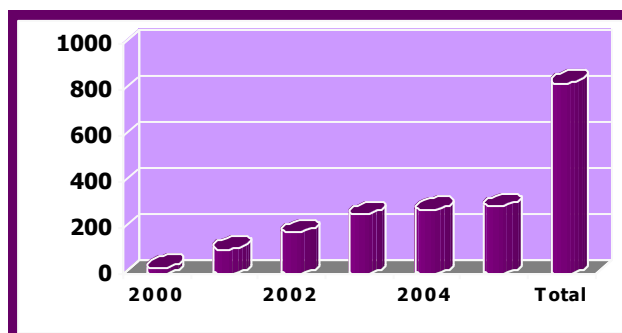
⁷ El PPSR elaboró una base de datos en programa Excel, las variables y sus valores se encontraban sin codificar y no tenían un criterio unificado. La tarea realizada incluye la adaptación de la base al programa SPSS, se realizó la tarea de edición y de limpieza de datos, luego se codificaron y re-codificaron variables, se construyeron nuevas categorías de análisis, y luego se procedió al procesamiento y análisis que presentamos.

programa junto con ésta, pero si la mujer tiene un parto normal se la cita con posterioridad para realizarle la ligadura. En el caso de ser rechazadas, ellas pueden pedir una autorización legal. Este trámite para alcanzar su objetivo debe seguir un circuito operativo que se desarrolló a partir de la Resolución.

En el Hospital Lagomaggiore, el circuito comienza con la presentación del pedido formal de la paciente, consentimiento informado, e Informe Médico, Psicológico y Social del centro de salud de referencia. Luego se envía Nota al Director del Hospital, y se le otorga número de expediente. En caso de iniciar la solicitud estando internada y próxima a cesárea programada en el hospital, la mujer es evaluada por los profesionales del mismo hospital. Una vez que se abrió el expediente pasa al Equipo Interdisciplinario de evaluación de LT. Si el resultado de la evaluación es favorable se incluye la resolución en la historia clínica de la paciente a quién se le entrega copia. Si está incompleto o falta algún informe se realizan las gestiones para completar la documentación necesaria. Si hay discrepancias, se requiere segunda opinión del Comité de Bioética, sin embargo, durante dos años no se realizaron derivaciones al Comité. Es a partir de la nueva gestión (de la Dra. Sara Papa, 2005) que se realizaron dos derivaciones, para las cuales el comité de Bioética de manera unánime se manifestó a favor de la intervención.

Si el informe es favorable se hace pase a la sala de partos o al servicio de Ginecología para la entrega de turnos programados en caso de intervención posparto. Debido a los obstáculos interpuestos por dicho servicio, las intervenciones quirúrgicas eran realizadas por medic@s contratados por el Hospital. Si el Equipo Interdisciplinario evalúa en forma negativa el pedido de la paciente, se vuelve a entrevistar a la mujer y se le explican los motivos de tal resolución, entregándosele copia de la misma. Se deriva al Consultorio de Planificación Familiar con seguimiento domiciliario por personal del Programa de Salud Reproductiva o de las Áreas departamentales según el caso, estableciendo coordinación con los Centros de salud u Hospitales Regionales para los controles y/o provisión de insumos. Los expedientes se archivan en el Consultorio Interdisciplinario de LT y se envía copia a Dirección del Hospital.

Expedientes iniciados período -2000 al 10 de octubre de 2005- en el Hospital Lagomaggiore.



Fuente: Comité Interdisciplinario de LT

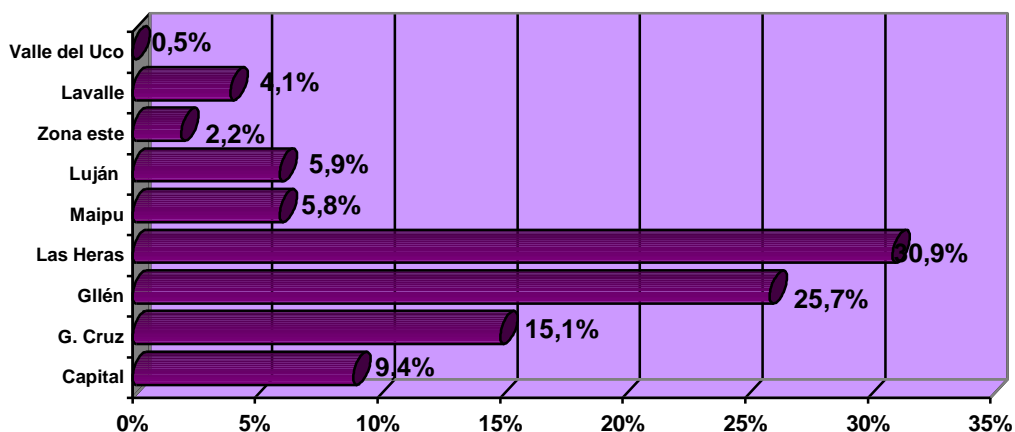
Dado que nuestra unidad de análisis relevante es el Hospital Laggomaggiore, de ahora en más nos concentraremos en el análisis e interpretación de los casos derivados a este centro asistencial. Son 641 los expedientes de pedidos de LT derivados al Hospital Lagomaggiore registrados entre agosto de 2000 y junio de 2005. (Ver Planilla del Consultorio de LT en **Anexo 4**)

5.2.2.1. Las mujeres que solicitan LT. Perfiles sociales, reproductivos y emocionales

Entendemos por datos personales la procedencia, el nivel educativo, la ocupación, la edad y la presencia o ausencia de obra social.

Las procedencias de las mujeres que solicitan una LT son diversas, pero el 72% de los pedidos de LT los concentran tres Departamentos del Gran Mendoza: Las Heras (31%), Guaymallén (26%), y Godoy Cruz (15%).

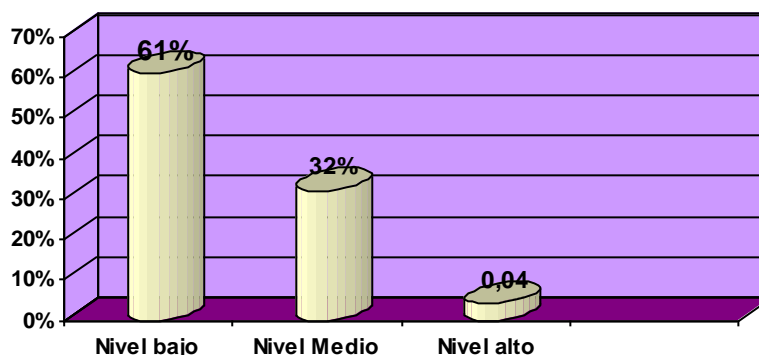
Distribución de Mujeres por Localidad en Porcentajes



Fuente: elaboración propia

En cuanto al nivel educativo nos encontramos con que el 62,5% de las mujeres a las que se les aprobaron los informes médicos, psicológicos y sociales para la realización de la LT, poseen un nivel educativo bajo. Esta variable comprende tanto a las mujeres analfabetas (3,1%) o que no han pasado por el sistema de escolarización formal, mujeres con primaria incompleta (19,3%) y completa (40%). Mientras que el 33,1% corresponde a mujeres con nivel educativo medio, comprende mujeres con estudios secundarios incompletos (20,2%) y completos (13%). Las mujeres con nivel educativo alto, es decir con estudios terciarios incompletos (2,3%) o completos (2,1%) de 4,4%.

Nivel Educativo de las Mujeres

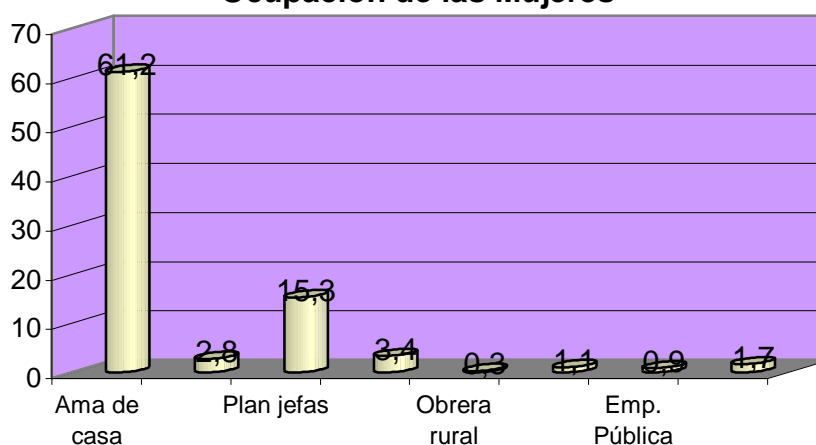


Fuente: elaboración propia

Nota: vale la pena señalar que el sistema público de salud es utilizado mayoritariamente por mujeres de sectores populares lo que puede constituir un factor distorsivo en la lectura de los datos

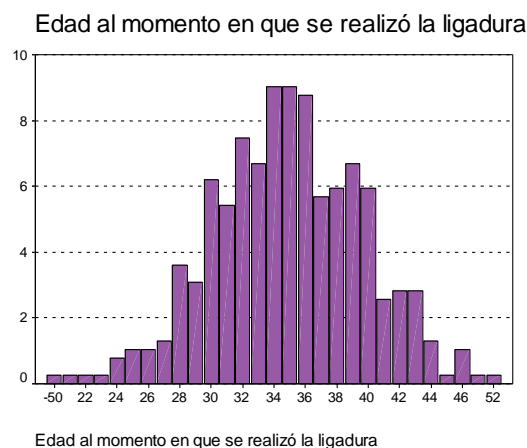
Las ocupaciones de las mujeres son actividades con baja calificación, insertas en el área informal del mercado de trabajo, el 62% son amas de casa. Se trata de trabajo no remunerado: doméstico y reproductivo, vinculado a la crianza de l@s hij@s. No se indaga si estas mujeres buscan o no trabajo asalariado para definir si son desocupadas. El 20% de las mujeres es beneficiaria del plan social jefas de hogar y sólo el 5% del plan familia, no hay registro respecto de la contraprestación exigida por los planes (educación o trabajo extradoméstico) El resto de las mujeres se inserta en variadas ocupaciones que van desde el servicio doméstico, el trabajo rural y changas, entre otros, trabajos todos precarios, inestables, temporarios, con bajos salarios y sin protección social.

Ocupación de las Mujeres



Fuente: elaboración propia (SPSS)

La edad promedio de las mujeres que se ligan las trompas es 34,7. Existen varias modas pero el menor de los valores es de 34 años. La mediana es de 35 años. Los rangos de edades varían de 21 a 52 años.



Fuente: elaboración propia (SPSS)

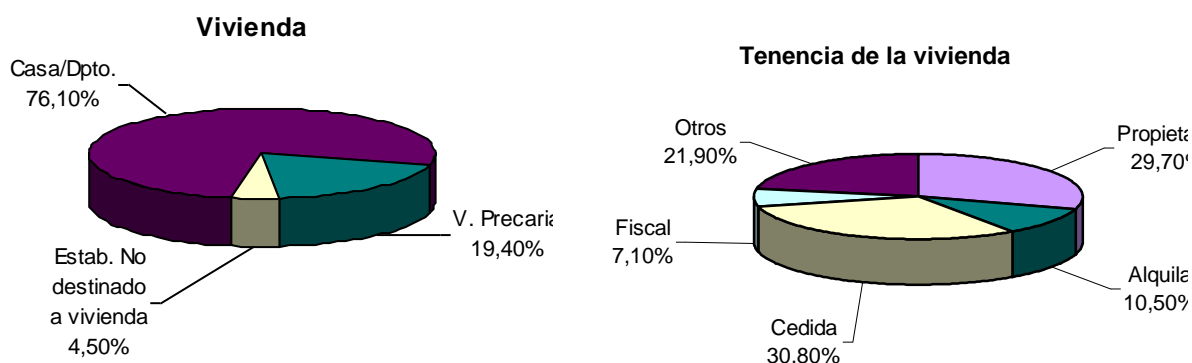
El 98% de las mujeres que demandaron un LT al sistema de salud público no tiene obra social. Sin embargo del pequeño porcentaje que tiene (2%), la mitad de las mujeres fueron igualmente operadas, ya que sus prestadores no reconocen dicha práctica en sus nomencladores.

Situación social de los hogares de las mujeres

La segunda variable considerada incluye como indicadores: tipo de vivienda, régimen de tenencia de la misma, componentes del hogar, nivel social en los términos en que lo define el PPSR (A. superior; B alta; C medio; D baja; E indigente) y servicios; estratificación, ingresos.

De las mujeres intervenidas el 75% dice vivir en una casa o departamento, el 19,4% en vivienda precaria (pensiones, inquilinatos, ranchos, vivienda en villa -chapa, cartón, madera, etc.-) y el 4,5% en establecimientos no destinados para viviendas (vagones del ferrocarril, fábricas, bodegas o galpones abandonados).

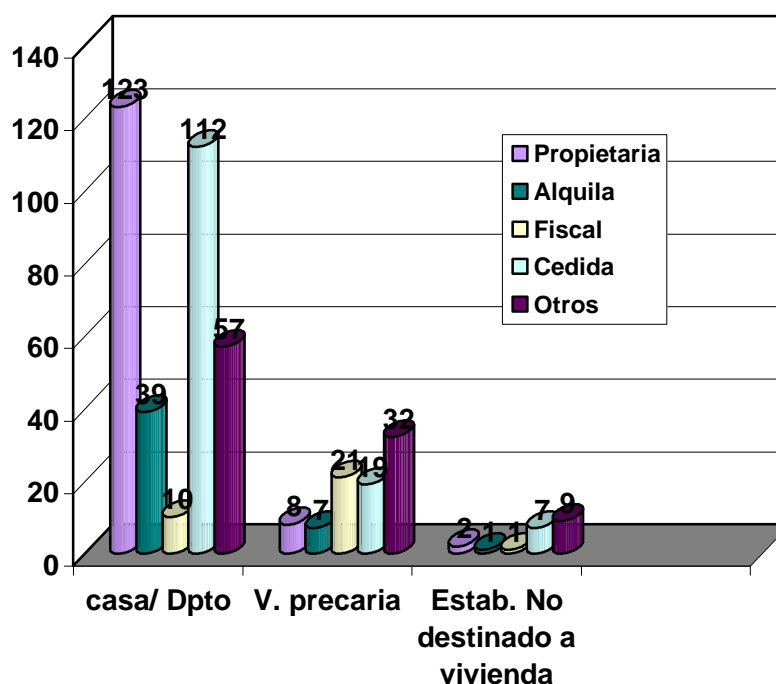
Pero si consideramos la variable tenencia de la vivienda, observamos que sólo el 30% es propietaria de su vivienda, alquila el 10%, y el 7% corresponde a tomas de terrenos fiscales. El porcentaje de las viviendas cedidas (30,8%) y la categoría “otros” (21,9%) es relativamente elevado. En el caso de “cedida” puede comprenderse la ocupación de viviendas en forma gratuita, sin pago de alquiler, expensas o impuestos. Por lo general se trata de viviendas prestadas por familiares, incluye la convivencia con otros hogares, como es el caso de vivir en la casa de los padres, con los hijos casados y nietos, lo que se conoce por familia ampliada. En estos casos suelen hacerse cargo de los servicios (agua, luz, gas, teléfono) propios del hogar. En la variable “otros” se incluyen los casos de sucesión, casas tomadas, etc.



Fuente: elaboración propia

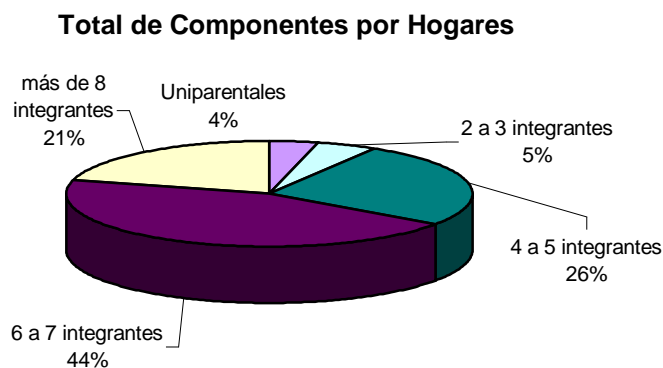
Si cruzamos la variable tipo de vivienda y el régimen de tenencia, podemos tener una clara dimensión de las condiciones sociales reales de las mujeres que asisten al hospital público y demandan una LT. Si bien el 75% de las mujeres vive en casa o departamento, cuando se cruza con “tenencia” observamos que sólo el 36% es propietaria, mientras que las viviendas cedidas llegan a un 33% y “otros” a un 17%. En la tenencia de viviendas de tipo precario predomina el rubro “otros” con un 37%, siguen las de propiedad fiscal con 24% y luego cedidas con el 22%. En establecimientos no destinados a vivienda el régimen de tenencia dominante es “otros” con 45% y “cedida” con 35%.

Tipo de Vivienda y régimen de tenencia



Fuente: elaboración propia

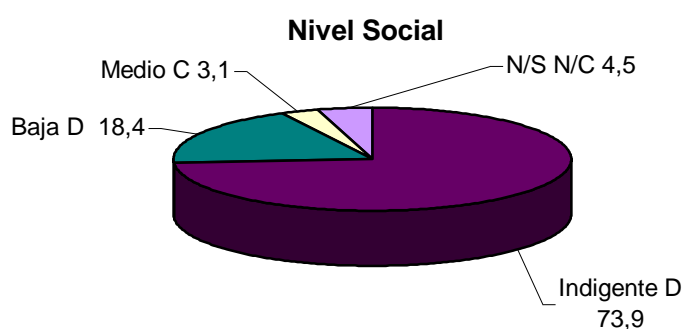
El 92% de las mujeres integran hogares numerosos (más de 5 integrantes por hogar). El 45% comparte sus hogares con 4 o 5 personas, el 26% con 6 o 7 personas y el 21% con más de 8 personas. Los hogares unipersonales constituyen el 4% y los que tienen menos de tres componentes el 4,5%.



Fuente: elaboración propia

El 33% de las mujeres vive en viviendas con baños precarios, estos incluyen baños sin descarga de agua (24%) y viviendas sin baño, con letrina (9%). El 19% no tiene agua potable, el 9% no posee servicio de electricidad. El 74% no tiene gas por red, 41% no tiene gas envasado. Si cruzamos las variables gas en red y envasado nos encontramos con que un 37% no tiene ningún tipo de gas, podemos suponer entonces que estas familias utilizan leña o carbón para sus necesidades cotidianas (cocinar, bañarse, entre otras cosas).

En cuanto a la estratificación Social, el 74% de la población de mujeres que llega al hospital demandado una LT son indigentes, el 18% son de clase social baja y el 34% vive en situación de hacinamiento⁸



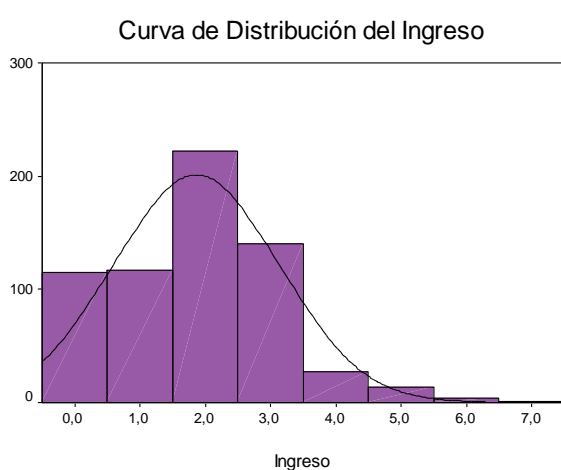
Fuente: elaboración propia

La media de ingreso de los hogares de las mujeres es de \$249, la mediana es de \$215 y la moda de cero pesos. El 70% de sus hogares tiene ingresos menores o iguales a \$300. Se incluyen los hogares sin ingresos (18%), ingresos menores a \$150 (18%) y de \$151 a \$300 (35%). Sólo el

⁸ Al final adjuntamos un modelo de planilla de las cuales extraemos los datos, las mismas tienen un apartado en el cual la estratificación ya viene determinada en la ficha que el profesional completa con los datos proporcionados por las mujeres.

7% de los hogares percibe ingresos superiores a \$500. En la distribución del ingreso, sólo 5 casos tiene ingresos superiores a \$1000.

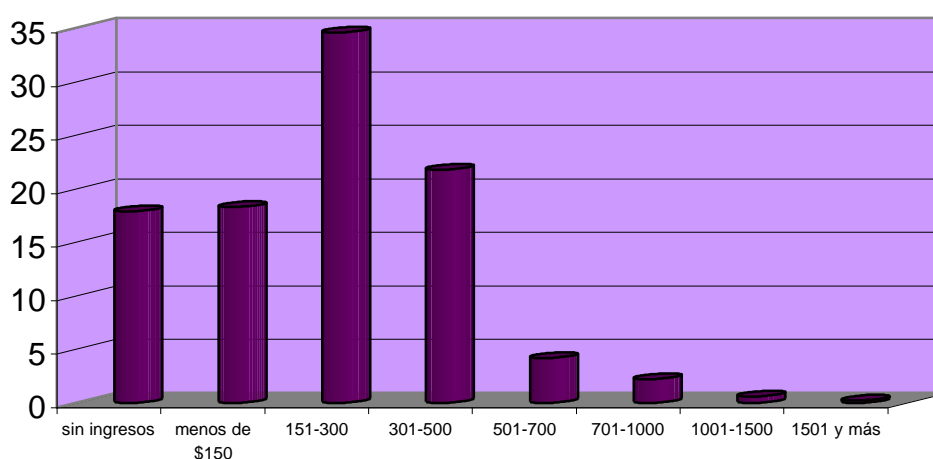
La Canasta Alimenticia Básica (CBA) para hogares de 4 miembros fue valuada en \$315,92, en el mes de julio de 2005, para la región Cuyo. Es decir que el 70% de los hogares constituidos por las mujeres que solicitan una LT se encuentran por debajo de la Línea de indigencia. El resto de los hogares -salvo el 3%- que comparten éstas mujeres se hallan por debajo de la línea de pobreza, es decir que sus ingresos totales no superan el valor de la Canasta Básica Total (CBT) de \$679,23, (para hogares de 4 personas), de los hogares⁹.



		Ingresos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin ingresos	115	17,9	18,0	18,0
	menos de 150	117	18,3	18,3	36,3
	151-300	222	34,6	34,7	70,9
	301-500	140	21,8	21,9	92,8
	501-700	27	4,2	4,2	97,0
	701-1000	14	2,2	2,2	99,2
	1001-1500	4	,6	,6	99,8
	1501 y más	1	,2	,2	100,0
Total		640	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		641	100,0		

Fuente: elaboración propia (SPSS)

Ingresos



Fuente: elaboración Propia

La relación entre nivel educativo y número de hij@s, una relación significativa

Si analizamos la cantidad de miembr@s del hogar en función del nivel educativo de las mujeres, el porcentaje de mujeres con niveles educativos bajos que integran hogares numerosos (6 o más personas) es bastante elevado. Esta misma pauta se repite en el caso de la cantidad de hij@s: las

⁹ Cf. Cifras del INDEC, publicadas en <http://www.economia.mendoza.gov.ar/sitios/deie/novedades/prensa/pobreza/pobreza.PDF>.

mujeres con niveles educativos bajos tienen mayor cantidad de hij@s. Si contemplamos la totalidad de los casos, el número de hij@s promedio es de 4.05, la mediana es de 4 y la moda que es de 0 (cero) hij@s. Ahora bien, si sólo consideramos los casos de mujeres con hij@s los valores totales se modifican, obteniendo los siguientes resultados: número de hij@s promedio es de 5.03, la mediana es de 5, mientras que la moda es de 4 hij@s, como observamos en el cuadro siguiente.

hijos/as vivos		
N	Válidos	515
	Perdidos	0
Media		5,03
Mediana		5,00
Moda		4

		Cantidad de Hijos/as				Total
		Ninguno	uno-dos	tres-cinco	seis y más	
nivel educativo	Nivel Bajo	76	27	145	142	390
	Nivel Medio	39	29	98	39	205
	Nivel Alto	2	6	8	3	19
Total		117	62	251	184	614

Fuente: elaboración propia

Con el fin de determinar si estas dos variables están o no asociadas, utilizaremos la prueba de Chi cuadrado (χ^2). Esta nos permitirá determinar si la relación entre las variables “nivel educativo” y “cantidad de hij@s” es estadísticamente significativa.

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,253 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	33,413	6	,000
Asociación lineal por lineal	6,787	1	,009
N de casos válidos	614		

a. 2 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,92.

	nivel educativo	Cantidad de Hijos/as
Chi-cuadrado ^{a,b}	336,257	138,713
gl	2	3
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 204,7.
b. 0 casillas (0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 160,0.

Fuente: elaboración propia

Este cuadro se puede leer de la siguiente manera:

A la vista de este resultado, $\chi^2 = 35,253$, nos planteamos un contraste de hipótesis entre la hipótesis nula: H_0 : No hay asociación entre las variables (“nivel educativo” y “cantidad de hij@s”) son independientes, no están asociadas).

Y la hipótesis alternativa: H_a : Sí hay asociación entre las variables: “A menor nivel educativo mayor número de hij@s”.

Para el caso de una tabla de contingencia de r filas y k columnas, son igual al producto del número de filas menos 1 por el número de columnas menos 1. Es decir:

$$(r-1) \cdot (k-1)$$

$$(3-1) \cdot (4-1) = 2 \cdot 3 = 6 \text{ (g.l.)} = 6 \text{ como se observa en el cuadro anterior.}$$

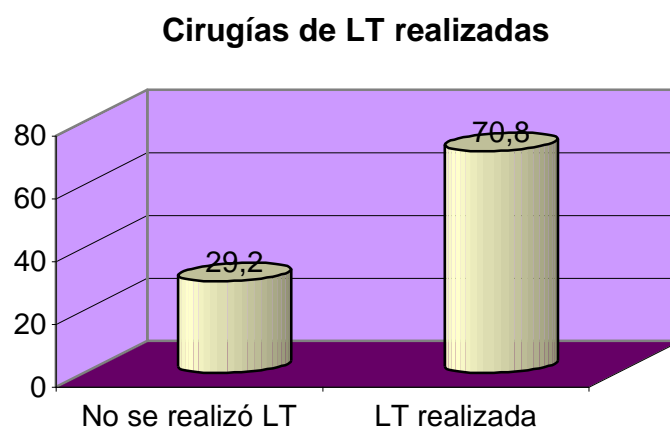
En nuestra tabla los grados de libertad dan un valor de 6. El valor crítico es de 12,59 para la intersección de un grado de libertad 6 y un valor de α de 0,05¹⁰. Ahora bien, el $\chi^2 = 35,253$ es mayor, por lo tanto la diferencia es significativa. Así para una seguridad de 95% ($\alpha = 0.05$) el valor

¹⁰ El valor crítico se extrae de la tabla de doble entrada de grados de libertad y probabilidad de un valor superior denominada tabla de Ji cuadrado.

teórico de una distribución chi cuadrado con un grado de libertad de 12,59. Nuestro χ^2 supera aún el valor para ($\alpha = 0.005$), por lo tanto, podemos concluir que las dos variables no son independientes sino que están asociadas ($p < 0.005$). A la vista de los resultados, con una significación de (0.000) rechazamos la hipótesis nula (H_0) y aceptamos la hipótesis alternativa (H_a) como probablemente cierta.

Las historias reproductivas de las mujeres que solicitan LT y la intervención médica: sobre embarazos, partos, cesáreas y abortos.

Como se observa en el siguiente cuadro de los 641 casos de pedido de LT entre octubre del 2000 y junio de 2005, se realizaron un total de 448 cirugías, los que constituye un 70,8% de los pedidos de LT. Quedaron excluidas de dicha intervención un total de 193 mujeres, es decir el 29,2%, los motivos varían desde el abandono del trámite, o desaprobación de los informes por parte de l@s profesionales de salud y los casos que se encuentran en lista de espera y en trámite.



Fuente: elaboración propia

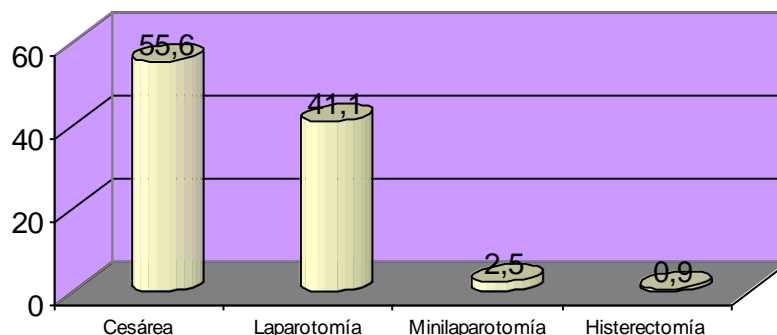
Los expedientes se dividen según el tipo de intervención o la situación en la que se encuentra el trámite. El siguiente cuadro nos muestra la situación general de los pedidos de LT. De los 641 casos de pedido de LT, al 39% se le realizó la ligadura por cesáreas, al 29% por laparotomía, al 1,7% por minilaparotomía y el 0,6% terminó en una histerectomía. Los casos que no fueron intervenidos, el 23% fue por abandono del trámite, no fueron aprobados 3,9%, se encuentran en trámite 2,8 % y en lista de espera 0,2%.

Para sintetizar podemos decir que se realizaron un total de 448 Ligaduras de trompas de Falopio y quedaron fuera de dicha intervención 193 mujeres por diferentes razones.

Si contemplamos sólo las cirugías llevadas a cabo, podemos observar, como nos muestra el cuadro siguiente que de las 448 LT, el 55,6% se efectuó mediante práctica de cesárea, el 41,1% por

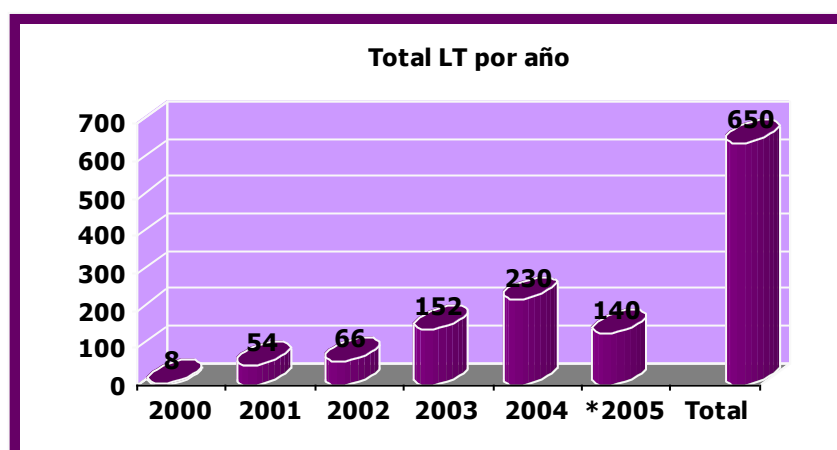
laparotomía, 2,5% por minilaparotomía y a un 0,9% (debido a complicaciones) se les practicó una histerectomía¹¹.

Tipos de cirugías realizadas



Fuente: elaboración propia

El siguiente cuadro muestra el incremento de la cirugía de LT desde sus comienzos hasta el 10 de octubre de 2005.



Fuente: Elaboración Propia (* octubre de 2005)

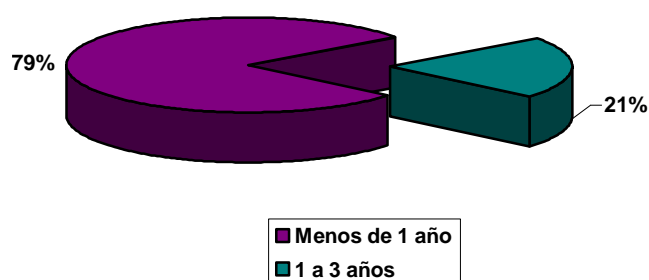
El 79% de las mujeres que fueron intervenidas con la práctica de LT, esperaron menos de un año para la misma, desde la fecha de pedido formal. Mientras que el 21% debió soportar un extenso período que va desde los doce meses hasta tres años para que efectivamente le realizaran la LT, situación que tiene graves consecuencias para las mujeres, con serias y doloras implicancias para sus vidas. Cuenta Julieta, una mujer de 27 años, 7 embarazos y 2 hijos:

(La LT me la hicieron)... con el último niño, hace 2 años y medio que lo tuve en el Lagomaggiore ... tuve varias complicaciones en el embarazo, estuve mal... Me la quise hacer en el Lagomaggiore y me dijeron que no, porque era muy chica, que me iba a arrepentir, me pusieron muchas trabas... Tenía 25 años...y bueno no insistí más en el tema, pasó el tiempo y me quedaba embarazada y los perdía, con abortos espontáneos. (Tuve), en total son 3, me cuidaba y generalmente me quedaba, me cuidaba con inyecciones, con DIU, con todo y me quedaba y mi marido no le gustaba usar preservativos, así que, me quedaba y los tenía que. (La volví a pedir) en el Paroissien, es que yo me había puesto firme a ver si me la hacían... pero yo no quería sufrir más, quedaba como extenuada, tenía muchas pérdidas... la ginecóloga me decía que el útero mío era una bomba, estaba tan lastimado que expulsaba los fetos cada vez que quedaba embarazada..., por que yo me quedaba y no menstruaba más, pero menstruaba y perdía, así que en julio tuve una pérdida, la busqué a ella(...)y le dije que quería hacerme la LT, que el Dr. Guayama me decía que no, que era muy chica. (Tenía) 27 años.

¹¹ Ver en el Anexo 3, en un glosario, las aclaraciones referidas al tipo de intervención quirúrgica realizada.

En el caso de Julieta, desde que pidió por primera vez una LT, pasaron dos años, y tres abortos espontáneos. Las resistencias interpuestas por l@s médic@s se vinculaban con la corta edad de la solicitante, condición que por lo general suele prevalecer en detrimento de la salud y la vida de las mujeres.

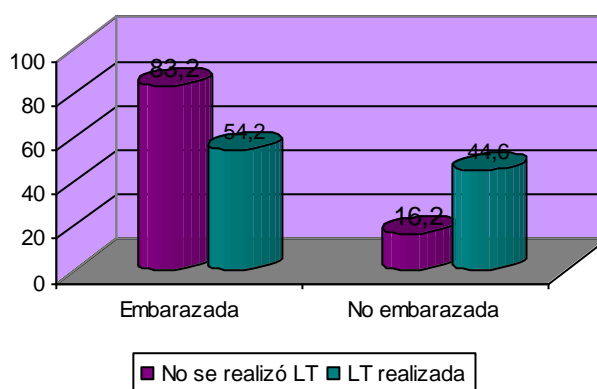
Tiempo desde que realizó el trámite hasta que le realizaron la LT



Fuente: elaboración propia

El 84% de las mujeres que no fueron intervenidas quirúrgicamente por diversos motivos, se encontraban embarazadas al comenzar el trámite de pedido de LT. En cambio, en los casos en que si fueron finalmente beneficiadas con la LT, el porcentaje baja a un 55% de mujeres embarazadas.

Relación Cirugía /embarazo

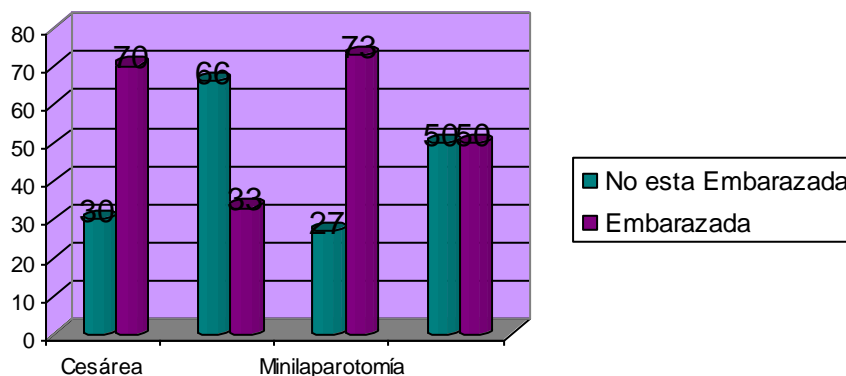


Fuente: elaboración propia

Si analizamos sólo los casos de las mujeres con LT, según las diferentes prácticas, podemos observar que de las mujeres que fueron intervenidas mediante cesárea, el 70% estaba embarazada en el momento de solicitar la LT, el otro 30% no lo estaba, pero los plazos burocráticos no se condicen con los tiempos de la sexualidad femenina, situación que favorece el embarazo no deseado. Por otra parte en el caso de las mujeres a las que se les realizó una laparotomía, el 66% no estaba embarazada y el 33% lo estaba. En el caso de las muy pocas cirugías por minilaparotomía (total de casos: 11) el 73% de las mujeres comenzó el trámite cuando estaba embarazada. La

histerectomía (total de casos: 4) se reparte en porcentajes iguales para embarazadas y no embarazadas.

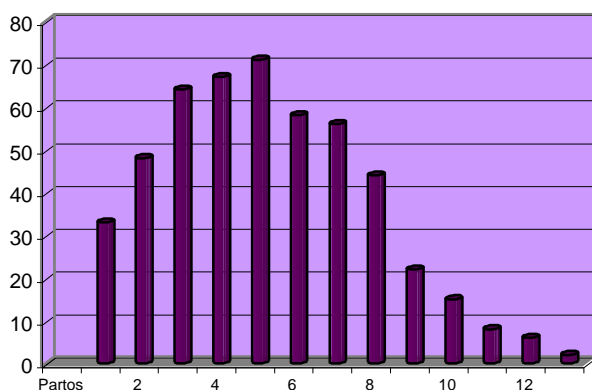
Relación tipo de cirugía y embarazo al solicitar la LT



Fuente: elaboración propia

El promedio o la media de partos normales es de 4 (4.2), la mediana es de 4 partos y la moda es de cero (ningún parto normal). Ahora bien si contemplamos sólo los partos normales, como lo vemos en el siguiente cuadro, el valor promedio aumenta a 5.2 partos normales.

Partos



Estadísticos

PARTOS		
N	Válidos	494
	Perdidos	0
Media		5,20
Mediana		5,00
Moda		5

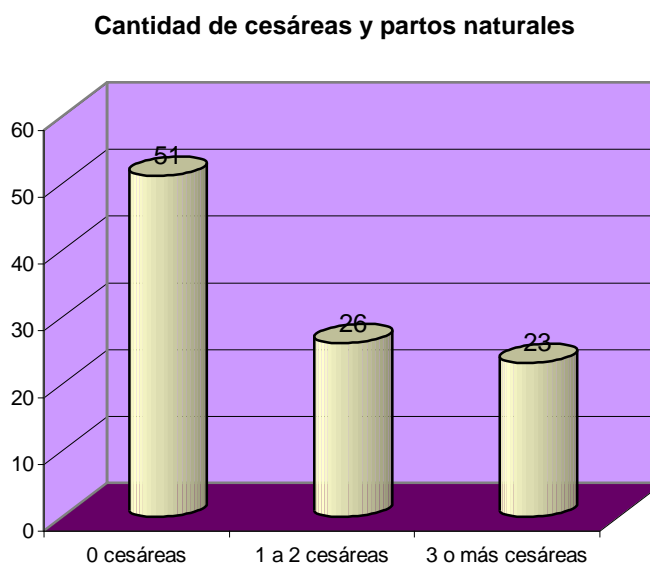
Fuente: elaboración propia

Del total de casos, el 33% de las mujeres ha cursado más de seis partos normales, el 35% de tres a cinco partos, y sólo el 13% uno o dos nacimientos.

Un importante porcentaje (23%) no tuvieron ningún parto normal. Si analizamos la variable “cantidad de partos” en relación con la de “abortos espontáneos” nos encontramos que de las mujeres que no han tenido ningún parto natural, el 33% ha sufrido uno o más abortos espontáneos. Respecto del *aborto provocado*, sólo dos mujeres de 641 casos, reconocen haberse realizado un

aborto provocado¹². Podemos comprender mejor ese 23% (146 casos) de mujeres que no tuvieron ningún parto si lo analizamos en función de la variable “cantidad de cesáreas”. Del total de mujeres que no tuvieron partos, como se observa en el cuadro 4, el 70% experimentaron tres o más cesáreas, el 25% entre una y dos cesáreas y sólo el 5% no tuvo ningún parto, ni por vía vaginal ni por vía abdominal¹³. El promedio de cesáreas de las mujeres asistidas es de 1,3¹⁴.

El 51% de las mujeres no experimentó nunca una cesárea, el 26% tuvo una o dos cesáreas y el 23% tres o más cesáreas.



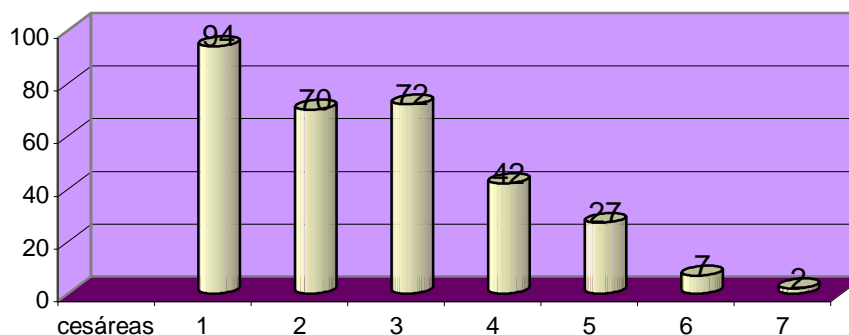
Pero si consideramos sólo los casos de las mujeres que han parido mediante cesárea, como podemos observar en el siguiente cuadro, el promedio aumenta a 2.5, la mediana es de 2 y la moda es de 1 cesárea.

¹² Los datos por aborto provocado resultan difíciles de registrar dada la situación de clandestinidad y penalización. El miedo, la culpa y la vergüenza impiden a las mujeres declarar dicha práctica.

¹³ Uno de los graves errores que tiene la planilla elaborada por el PPSR es la inexistencia del registro de cantidad de embarazos.

¹⁴ Unas 850.000 cesáreas se practican innecesariamente cada año en América Latina, la región con mayor índice de partos quirúrgicos del mundo. En la Argentina, actualmente se hacen cada año al menos 70.000 cesáreas sin necesidad, en los hospitales y clínicas del sistema de salud pública. Eso significa que el 25,4 por ciento de los partos atendidos por la salud pública, en nuestro país terminan en cesárea, lo que excede el porcentaje ideal establecido por la OMS, que es del 15 por ciento. Si bien no podemos contar con cifras precisas, se sabe que en el ámbito de la salud privada el porcentaje de partos quirúrgicos es aún más elevado y en algunas clínicas llega al 70 por ciento. Datos obtenidos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Montevideo, Uruguay. www.clap.hc.edu.uy

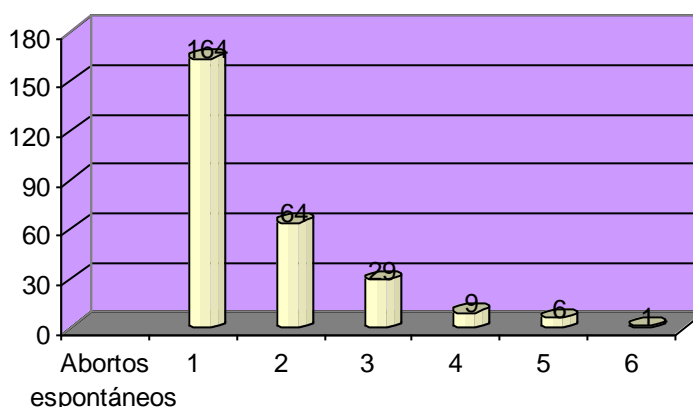
Cantidad de cesáreas



Fuente: elaboración propia

Del total de mujeres de la muestra, el 42,6% ha experimentado la situación de aborto espontáneo. El 35,6% ha sufrido uno o dos abortos mientras que el 7% restante sufrió tres o más abortos espontáneos. El promedio de abortos espontáneos es de 1.65, la mediana es de 1 igual que la moda, como lo muestra el siguiente cuadro.

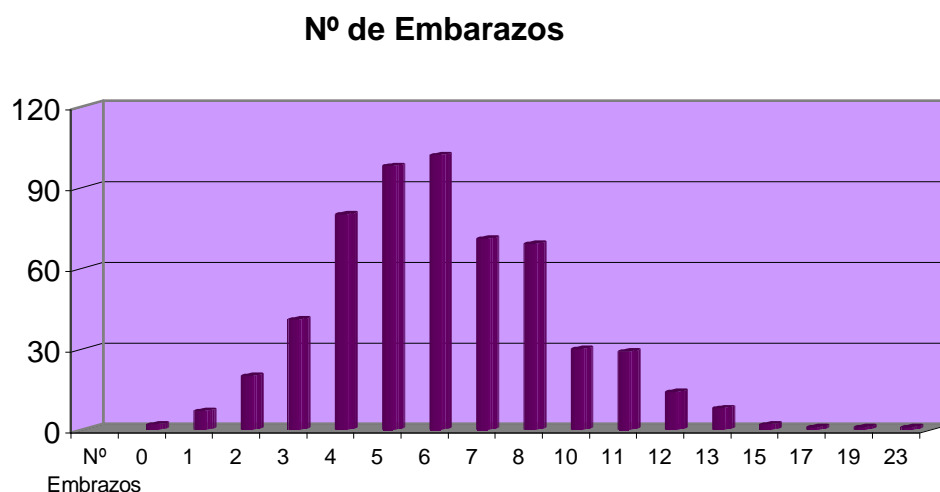
Abortos Espontáneos



Fuente: elaboración propia

A menudo, las mujeres pobres recurren a la práctica del *aborto provocado* para regular su fecundidad, habitualmente utilizado como método de control de la natalidad, situación, que por lo general, se traduce en mortalidad materna diferencial por aborto provocado, que afecta más a las mujeres de los sectores sociales más desfavorecidos. Recurrir al aborto provocado o inducido en condiciones de clandestinidad y de insuficiente control de higiene plantea de alguna manera la existencia de un deseo o motivación por limitar la procreación, situación que es obstaculizada por la inaccesibilidad a los MAC eficaces de regulación de la fecundidad, que ha redundado en un aumento de la mortalidad materna por aborto en todo el país.

Si tomamos en cuenta el número de embarazos, el promedio es de 6.7, mientras que la mediana y la moda tienen un valor coincidente de 6 embarazos¹⁵.

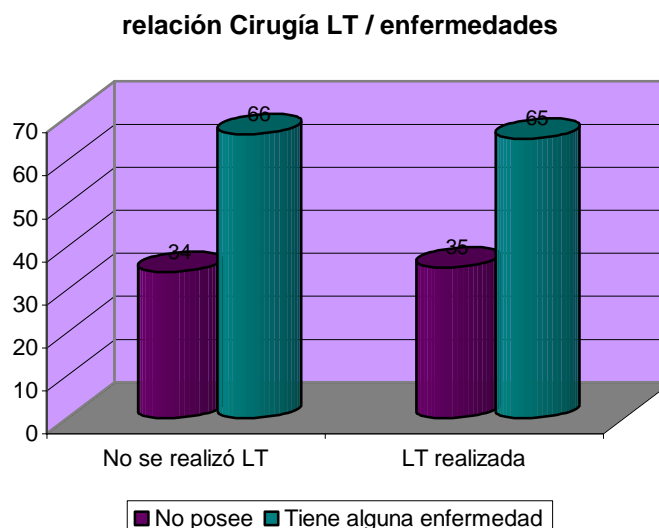


Fuente: elaboración propia

El 65% de las mujeres a las cuales se les aprobó y realizó la LT tenía algunas de las siguientes enfermedades: hipertensión, hepatitis, transplantes, problemas cardíacos, diabetes, obesidad, várices, ITS u otra enfermedad grave. Algo similar sucede con las mujeres no intervenidas, cuyo porcentaje de enfermas es de 66%. Es decir que más de la mitad de las mujeres que solicitan una LT, se encuentran en situaciones en las cuales un embarazo pondría en riesgo su vida desde el punto de vista exclusivamente médico¹⁶.

¹⁵ Dado que la planilla no ha tenido en cuenta el n° de embarazos, para obtener este indicador hemos realizado una sumatoria de las siguientes variables: embarazo actual + partos normales + cesáreas + abortos provocados + abortos espontáneos + mortinatos.

¹⁶ Razones exclusivamente médicas, entendidas en un sentido acotado de salud, que incluye sólo aspectos biológicos o físicos.



Fuente: elaboración propia

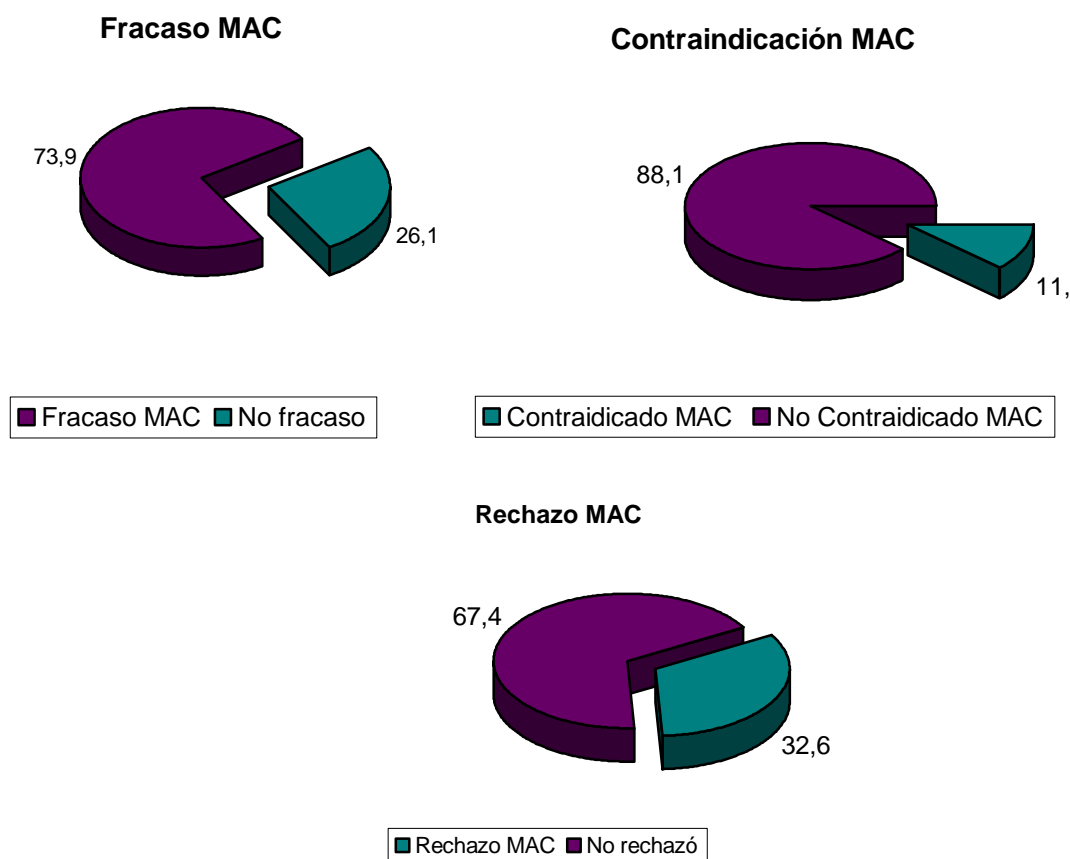
Cómo será de importante la opinión médica que cuando éstos deciden favorecer la LT, la práctica se realiza en un 93% de casos, mientras sólo un 6% de casos pudo efectuarse a partir de la intervención de otr@s profesionales (psicólog@s, sexólogas y trabajadoras sociales. En cambio un 1% de LT pudo realizarse cuando la opinión médica fue desfavorable.

Sobre los métodos anticonceptivos (MAC) y la LT

La noción de MAC hace referencia a métodos hormonales, de barrera, químicos, dispositivos intrauterinos, de lactancia y basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer. Estos métodos son llamados reversibles y transitorios, dado que con la interrupción de su uso se restituye la capacidad procreativa y la mujer puede quedar embarazada. Hablamos de métodos irreversibles o definitivos para los casos de contracepción quirúrgica -LT en las mujeres y vasectomía en los varones- dada las dificultades asociadas a la recanalización de las trompas y los conductos deferentes en cada caso, y por los altos costos que implican. El procedimiento quirúrgico de LT en hospitales públicos se realiza sólo en casos en que otros MAC de tipo reversibles resulten insuficientes o inconvenientes para salvaguardar la salud de l@s beneficiari@s por diversas causas, por *fracasos* del método (fallas, uso incorrectos, interrupciones, etc.) por *rechazo* (alergias, sangrado anormal, dolores de cabeza intensos, etc.) o *contraindicación* terapéutica (ejemplo: las mujeres que nos pueden usar MAC “químicos” porque sufren de gastritis o la restricción del DIU en mujeres con dismenorrea aguda).

En las fichas de las mujeres que solicitaron LT, el porcentaje que adujo “fracaso” fue elevado (73,90%). Por lo general en los sectores populares el fracaso de los MAC está asociado a una serie de factores de diversa índole: la falta de información y de una educación sexual adecuada, las fallas de los métodos o sus usos inadecuados, la resistencia masculina a responsabilizarse por

las consecuencias de su sexualidad, etc. El porcentaje de mujeres que reconocen “rechazo” (32,6%) de MAC o “contraindicación” (11,9%) es relativamente bajo.

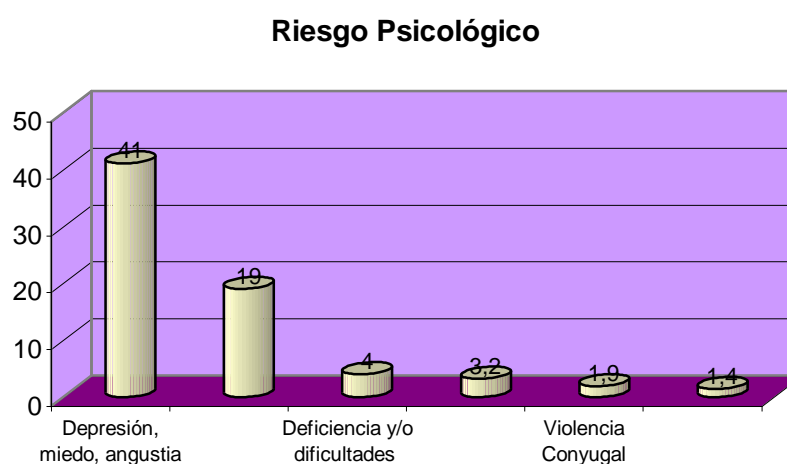


Fuente: elaboración propia

Los nudos conflictivos asociados a la anticoncepción parecen derivar fundamentalmente de las dificultades en el acceso a MAC eficaces. Si bien en nuestro país existe una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar algún método para regular su fecundidad, se puede advertir en este punto una fuerte desigualdad en el acceso a los MAC, desigualdad que se relaciona con la edad y la condición social de las mujeres: son las adolescentes y las mujeres pobres las más afectadas por la falta de oportunidades para acceder a métodos seguros y efectivos. Otro aspecto a considerar son los riesgos asociados a su incorrecta utilización. En relación a la calidad del uso de los métodos, en nuestro país todavía subsisten dificultades asociadas a las fragmentadas y discontinuas políticas públicas que atienden la demanda anticonceptiva de la población. El comportamiento anticonceptivo de los estratos bajos se caracteriza por una gran irregularidad e ineficacia, que tiene como corolario una alta tasa de embarazos no deseados. Es probablemente por ello que la LT ha adquirido un prestigio como una forma definitiva y segura de evitar embarazos no deseados.

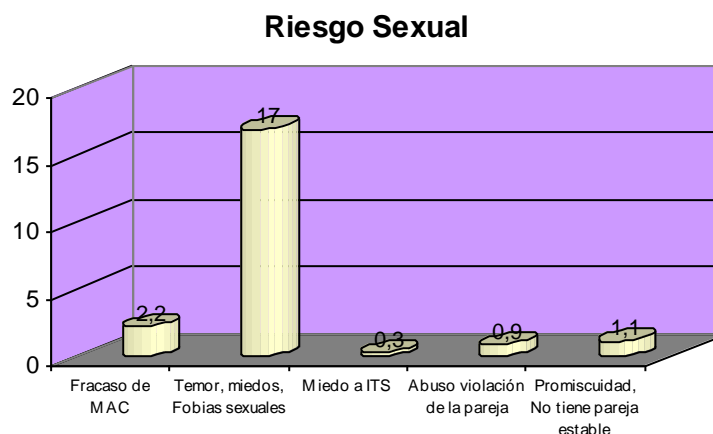
Sobre la dimensión psíquica: la situación emocional de las mujeres y sus parejas

El 70 % de las mujeres solicitantes de LT sufre diferentes malestares psicológicos, el mayor porcentaje (41%) tiene alguna patología asociada a la depresión, angustia, ansiedad o stress. En segundo lugar con (19%) se ubican los miedos que provoca la idea de un nuevo embarazo, el temor a un parto riesgoso, el deseo de no tener más hijos y no poder controlarlo, en tercer, con el 4% lugar se ubican las dificultades para la crianza de los hijos por deficiencia o profundo deterioro de la salud mental, mientras que el desmejoramiento de la calidad de vida y la pérdida de autoestima alcanza un el 3.2% de los casos. La violencia ocupa el 1.9% de los casos y finalmente aparecen otras problemáticas con 1.4%



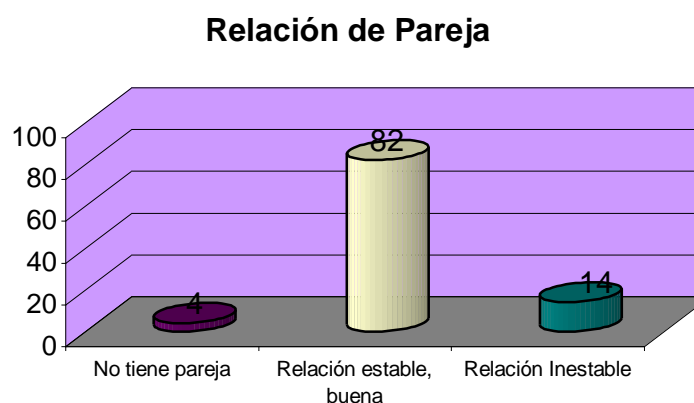
Fuente: elaboración propia

El 21% de las mujeres que piden una LT padece además diferentes anomalías sexuales, que van desde los rechazos a los MAC, la resistencia de los varones a usar preservativo, las relaciones violentas (abuso y violación de la pareja), relaciones inestables (que son caracterizadas en la planilla del PPSR como “promiscuas”), miedos o fobias sexuales. Las mujeres sufren diferentes trastornos: que se hallan ligados a los casos incluidos en temores, miedos o fobias (17%) provocados por las consecuencias de un nuevo embarazo. Aún en los casos, tienen parejas estables y buenas, las afecciones asociadas a un embarazo no deseado constituyen el 17%. Por lo general esto se traduce en rechazos a los encuentros sexuales, inhibiciones o pérdida del placer.



Fuente: elaboración propia

Otro aspecto a tener en cuenta la relación que las mujeres mantienen con sus parejas, compañeros o maridos. Podemos destacar que el 82% de quienes se realizan LT mantienen un tipo de relación estable con sus parejas, mientras el 14% tiene una relación inestable con sus y mantiene vínculos conflictivos con un alto grado de violencia. Sólo el 4% de las mujeres no tiene pareja.



Fuente: elaboración propia

No es de extrañar que la mayoría de las mujeres que se realiza la ligadura mantenga vínculos estables, pues ello contribuye a facilitar el trámite, proporcionar contención y apoyo en la decisión además de sostener la posibilidad real de finalizar los trámites. Muchas veces, para l@s médic@s el hecho de que la decisión de la mujer esté sostenida por su pareja, la hace más segura y sólida, y menos susceptible de un probable arrepentimiento. A modo de ilustración, reproducimos nuevamente parte de una entrevista realizada a Julieta.

No, porque el quería tener más niños, que tres eran pocos, no quería saber nada.... O sea que él(...) como es enfermero lo ve normal, que yo perdiera los niños, lo ve que es normal, pero para mí no es normal.. Como que el cuerpo mío esta agotado, está cansado, psicológicamente mal. A mí me afecta mucho las pérdidas de los niños, pero es algo que ya lo siento, Así que fui, nos peleamos, es una decisión, que me la respetara, pero es algo que yo lo siento...así que le dije que iba a hacer los papeles, te guste o no te guste, fue una pelea leve, viste, y me respetó la decisión, por que veía que yo ya había tocado fondo. Yo no quería más sufrir. Del último embarazo me puse más firme para hacer los papeles.

Para corroborar la hipótesis de que existe una “relación” estadísticamente significativa entre las variables estudiadas: “se realizó la LT” y “relación de pareja”, realizamos nuevamente la prueba estadístico χ^2 (Chi cuadrado).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,370 ^a	2	,025
Razón de verosimilitud	7,007	2	,030
Asociación lineal por lineal	3,182	1	,074
N de casos válidos	543		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,45.

H_0 : No hay asociación entre la “relación de parejas” y “se realizó la LT”

H_a : “Las mujeres que tienen una relación estable con sus parejas tienen una mayor probabilidad de ser intervenidas con una LT”.

De acuerdo al resultado de la prueba, χ^2 es de 7.370.

Para el caso de una tabla de contingencia de r filas y k columnas,

Tenemos: $(r-1) \cdot (k-1)$

$(3-1) \cdot (2-1) = 2 \cdot 1 = 2$ (g.l.) = 2 como se observa en el cuadro de arriba. El valor crítico es de 5,99 para un grado de libertad 2 y un valor de α de 0,05.

Ahora bien, el $\chi^2 = 7.370$ es un valor superior al valor crítico, por lo tanto la diferencia es significativa. Así para una seguridad de 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución chi cuadrado con un grado de libertad de 2, es 5,99.

De acuerdo con los resultados con una significación de (0.025) rechazamos la hipótesis nula (H_0) y aceptamos la hipótesis alternativa (H_a) como probablemente cierta. Finalmente podemos decir que existe una asociación significativa entre “relación de pareja” y “realización de LT”.

Sobre las mujeres que se realizan LT, el predominio del punto de vista médico y los derechos de las mujeres.

En nuestra provincia acceder a la realización de una LT implica cumplir con determinados condicionamientos según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 2492: la LT debe realizarse previa indicación terapéutica, en caso que un nuevo embarazo ponga en peligro la salud de la mujer, contemplado desde una perspectiva integral de salud y cuando hayan fracasado otros MAC o cuando estos no sean adecuados ni aconsejables según las características de cada mujer. Hay un porcentaje mínimo de casos, el 7% en que no hay coincidencia entre las opiniones de l@s médic@s, psicólog@s y trabajador@s sociales, y en los cuales de todas maneras se realizaron las LT. En un 5,5% de los casos el conflicto reside en la diferencia entre los informes favorables de l@s psicólog@s frente a las reservas de l@s profesionales médic@s. Existe además un 5,5% de casos en que el informe social es favorable mientras el punto de vista médico es negativo. En caso de disparidad de opiniones es claro el predominio que tiene el punto de vista de l@s médic@s.

A partir de los datos disponibles (Fuentes: Registros de Consultorio de LT de Hospital Lagomaggiore) arribamos a las siguientes conclusiones, respecto de las mujeres que solicitan una LT. Las mujeres asistidas con LT tienen como características comunes:

- **Edad media reproductiva 34 años.**
- **Promedio de hij@s es de 5.02**
- **Números de embarazos promedio es de 6.7**
- **Son en su mayoría mujeres multipara, con N° promedio de partos normales de 5.2**
- **N° de cesáreas promedio de 2.5**
- **N° de abortos espontáneos promedio de 1.65**
- **Con relaciones de pareja estable**
- **El 62,5% tiene bajo nivel de instrucción, hasta primaria completa.**
- **Con alto porcentaje de fracasos de otros MAC reversibles.**
- **Promedio de ingreso \$249. El 70% de los hogares se encuentra por debajo de la línea de indigencia.**
- **El 25% de las mujeres son beneficiarias de un plan social (Plan Jefas de Hogar o Plan Familia)**
- **El 74 % de las mujeres carecen de vivienda propia. El 91% de las viviendas tienen electricidad, el 37% de ellas no poseen servicio de gas (ni de red ni envasado), el 24% carecen de cloacas y el 19% no tiene agua potable. El 33% tiene baño precario sin descarga de agua o letrina.**
- **La relación n° habitaciones/ convivientes es de 1 / 3, lo que implica hacinamiento por vivienda y por cuarto.**

Las mujeres por lo general cuentan con un historial clínico trágico, caracterizado por continuas cesáreas, úteros desgarrados, múltiples y continuos partos, fallas o fracasos de otros métodos anticonceptivos, abortos espontáneos, enfermedades como hipertensión, diabetes, etc., que constituyen una amenaza permanente para sus vidas.

Para estas mujeres es problemático controlar las condiciones bajo las cuales quedan embarazadas, por diversos factores como las fallas en los métodos anticonceptivos, las imágenes sociales dominantes acerca de la feminidad y su carácter prescriptivo, la desigual posibilidad de acceso a los métodos anticonceptivos existentes, el bajo nivel de instrucción, la pobreza, en general las precarias y hostiles condiciones de vida. La mayor parte de las veces, como lo muestran los datos, las desigualdades sociales, económicas y educativas se traducen en maternidades forzadas, llevadas a término aún a costa de arriesgar sus vidas.

La LT surge como demanda de las mujeres de los sectores populares que concurren a los centros asistenciales estatales en situaciones límites, tanto físicas como psicosociales, en procura de una solución definitiva a un “problema personal” que se ha tornado político y se ha transformado en demanda de un derecho ciudadano: a partir de sus demandas y presiones es que fue posible la sanción de la resolución ministerial, son ellas las que se han movilizadas en defensa de la ley, son ellas las principales perjudicadas cuando el estado no cumple la función de garantizar adecuadamente sus derechos.

5.2.2.2. Notas para una breve historia del Consultorio Interdisciplinario de Evaluación de LT

El Equipo interdisciplinario de LT del Hospital Lagomaggiore es fruto de un proceso complejo, cruzado por intensos conflictos pues la conformación de un consultorio de ligadura fue resistida. A principios del año 2000 la tarea de evaluación de los casos de pedido de LT era llevada a cabo por las licenciadas Marcela Ojeda, Trabajadora Social, Ana María Llanos, psicóloga y por la Dra. Clara Caruso, obstetra, quienes se encontraron con la necesidad de dar respuesta a una amplia demanda de mujeres de bajos recursos que querían realizarse una ligadura y cuyos pedidos había rechazado el Comité de Bioética del Hospital. Este grupo de profesionales buscaba dar respuesta a pacientes cuya situaciones implicaban alto riesgo físico, psíquico y /o social, en coordinación con la dirección del hospital y buscaron la forma de viabilizar dicho reclamo. Comenzaron las reuniones con el Comité de Bioética, con el Director, con los médic@s, con l@s psicólog@s, hasta que poco a poco fue tomando forma un Consultorio cuya puesta en marcha llevó prácticamente un año y medio de tramitaciones. Finalmente el Equipo Interdisciplinario para evaluar casos de LT, quedó conformado el 18 de mayo de 2001, mediante resolución N° 125 del Hospital Lagomaggiore, integrado por las Áreas: Obstetricia, Ginecología, Psicología, Trabajo Social y Sexología, y por los siguientes profesionales: Dra. Clara Caruso, Dr. Diego Breitman, Lic. Ana María Llanos, Lic. Angélica Tixeira y Lic. Marcela Ojeda y por la Dra. Silvia Kram. La coordinación (rotativa y de un año de duración) recayó en Marcela Ojeda, cuya elección fue estratégica, ya que sirvió para instalar una perspectiva de salud integral que contemplara razones de tipo social y psicológica.

Inicialmente los conflictos de poder se expresaron en las tensiones entre el equipo y algun@s profesionales, generalmente l@s médic@s, que retardaban los expedientes porque no se presentaban para firmar la evaluación realizada por del equipo.

La constitución del Consultorio debió sortear una serie de obstáculos y resistencias. Un ejemplo de ello, es que el Servicio de Ginecología del Hospital se resistía colectivamente, como si hubiera firmado una objeción de conciencia (que en realidad no habían hecho) a que se realizara la práctica de ligadura. Esta situación generó grandes dificultades en relación a la práctica misma. El Servicio de Ginecología, que tiene el aparato con el que se realiza la cirugía laparoscópica (práctica que implica menores riesgos, tiempo de internación y costos) generó todo tipo de inconvenientes para impedir su utilización, condiciones que obligaron al Hospital, de acuerdo con el PPSR, a contratar un médico obstetra para que realizara las tripsias tubarias, mediante la Minilaparatomía, a partir de 8 de septiembre de 2002¹⁷.

Es partir de ésta fecha que las cirugías de LT se realizan por:

¹⁷ El PPSR sólo proporciona al hospital las drogas anestésicas, antibióticos e hilos de suturas intradérmicas para las LT.

Tripsias por minilaparotomía en pacientes no embarazadas, realizadas por dos profesionales médicos por contrato del hospital.

Tripsias por cesárea programadas, realizadas por un médico con contrato del hospital para esa tarea y un/a residente rotante por sala de partos de turno.

Tripsias en pacientes con grilla autorizada que llegaron a cesárea por situaciones de urgencia, realizadas por l@s médic@s de guardia, pero como en la guardia de partos había "objetores de conciencia", se estableció que en cada día de guardia debía haber un profesional que pudiera hacer las ligaduras.

La contratación de los profesionales para la realización de la minilaparotomía y de laparotomía, generó conflictos dentro del propio Consultorio, según argumentos de la Lic. Llanos y de la Dra. Carusso, quienes deciden retirarse del Equipo Interdisciplinario, a principio del año 2003. El motivo de su separación parecía ser, la decisión del Programa de llevar a cabo las LT en casos de parto normal mediante laparotomía, posición que se expresó en las reiteradas cartas que la Lic. Llanos envió al Dr. Pastor, Director del Hospital, en ese entonces. Asimismo sostenía que no se informaba a las mujeres de la complejidad de dicha práctica y sus riesgos, y que ello no estaba suficientemente expresado en el consentimiento informado que las pacientes firmaban.

Otro obstáculo que tuvo que enfrentar el Equipo Interdisciplinario, además de tener que contratar el hospital a dos profesionales la Dra. Leticia Ojeda y el Dr. Jorge Varela para que realizaran las ligaduras, fue las dificultades asociadas a cuestiones de índole religiosa y moral que generaron formas sordas de resistencia: los camilleros contrarios a la ligadura llevaban a las mujeres a otras salas en vez de trasladarlas a cirugía, las enfermeras escondían al médic@ los trajes esterilizados, l@s anestesistas se negaban a entrar al quirófano, las mujeres ligadas debían sufrir el maltrato institucional tanto de parte de l@s médic@s como de todo el personal de salud, entraban a las salas dónde estaban las mujeres recién ligadas y se les decía: "*esto es una carnicería*", "*se van arrepentir*" (palabras del Jefe de la sala de puérperas, reconocido opositor al Consultorio de LT). Estos impedimentos, se explican por razones religiosas y morales más que por cuestiones ligadas a las dificultades efectivas de la práctica profesional. Sin embargo las personas que se oponen a la práctica de LT no firmaron objeción de conciencia: en la provincia sólo diez profesionales lo hicieron.

Durante el año 2004, el Consultorio logró su consolidación e institucionalización, cambió su funcionamiento y su constitución. El Equipo Interdisciplinario (auto-denominado Comité de LT) está coordinado por una médica, la Dra. Leticia Ojeda, quien realiza las ligaduras junto con el Dr. Varela, y tiene un protagonismo importante en la Consejería y en los cursos de salud sexual y reproductiva que se dictan en el hospital. Al equipo de profesionales (Lic. Mariana Llera, Lic. Marcela Ojeda, Lic. Susana Salcedo, Dra. Silvia Kraam, Dra. Leticia Ojeda, Dr. Jorge Varela) se

suma también el trabajo de una secretaria que facilita la tarea de administración de los expedientes. En relación a la modalidad de trabajo el Comité se reúne los viernes y durante los años 2004 a 2005 desaparecieron los problemas causados por la falta de medic@ y se logró un reconocimiento y consolidación del equipo. El ritmo de trabajo se incrementó, favoreciendo a las mujeres, ya que se solicitan pedidos de internación de una semana a otra. El trabajo de una administrativa permitió agilizar los trámites, dejando a las trabajadoras sociales las tareas más específicas. Esto permitió la reglamentación de dos circuitos operativos de acceso a la LT, uno de vía rápida y otra lenta, el primero es para los casos en que la gente está internada en maternidad y solicita la ligadura con urgencia, porque tienen alguna patología como diabetes, hipertensión etc. En estos casos las trabajadoras sociales facilitan la realización y autorización de los informes por si la paciente va a una cesárea o cirugía. Este circuito rápido favorece la ligadura por razones estrictamente médicas¹⁸.

El circuito lento es la modalidad normativizada por el hospital: las mujeres vienen derivadas de los centros de salud, con sus informes, y pasan por el consultorio para que su caso sea evaluado. La mayoría de las veces llegan al hospital, en estado avanzado de embarazo, con un historial de varias cesáreas y como portadoras de un riesgo suficiente para ser incorporadas al circuito rápido.

El uso de laparoscopia ocupa el centro del conflicto: pertenece al servicio de ginecología, que resiste la práctica de LT; si bien la OSEP, iba a capacitar a l@s profesionales en el uso del aparato, todavía no se ha efectivizado la capacitación. Por ello la práctica de LT se sigue realizando de manera tradicional y se ha convertido en el núcleo de las críticas al trabajo del consultorio. Los argumentos van desde objeciones personales hacia l@s profesionales hasta referencias a la característica invasiva de la técnica empleada: la laparatomía. Much@s de quienes objetan no dudan en murmurar por los pasillos del hospital, *“cuando se les muera una paciente, se van a acordar de nosotras, cuando operen a una gorda, se le va a complicar”* (Entrevistas a profesionales). Sin embargo no ha habido hasta ahora ningún problema con las pacientes ligadas en el hospital.

Otro aspecto que se modificó en esos años fue que el Consultorio obtuvo su propio espacio físico, una oficina en el 3° piso del Hospital, que fue producto de serios conflictos.

Cuando asumió la Dra. Molina, a comienzo de 2004, como directora del hospital, otrora contraria a la LT y a la ley, para sorpresa de tod@s no presentó objeciones de ningún tipo. A partir del año 2004 el consultorio de LT se consolidó, alcanzó cierta institucionalización en el hospital, se le asignó un espacio propio, se incorporó una secretaria, se logró el reconocimiento de la gente, que sabe existe y lleva 6 años haciendo ligaduras de trompas.

5.3.1. Situación actual del Consultorio de LT. Crónica de una muerte anunciada

¹⁸ Se adjunta sistematización de los aspectos evaluados para la realización de LT en Anexo 4. A partir de las fichas del hospital se han ordenado los aspectos considerados en el Informe social, psicológico y médico.

“*Me animaría a decir que esto es una crónica de una muerte anunciada*”, así define la situación actual del Consultorio de LT una de las integrantes del Comité interdisciplinario de anticoncepción quirúrgica (actualmente formado por: las Dras. Leticia Ojeda y Silvia Kram, Lic. Marcela Llera, Lic. Susana Salcedo, Dr. Jorge Varela, Lic. A. Cortéz), y continúa: “sabíamos que se iba a ser cargo una persona del servicio de Perinatología que no estaba de acuerdo con las LT por razones que no son estrictamente biomédicas”. Ante esta situación los /as miembr@s del equipo informaron al PPSR y a la Dirección de Maternidad e Infancia, para que se tomen las medidas necesarias, dado que la decisión respecto de la práctica de LT dependían en segunda instancia de la autorización del jefe de servicio.

Una serie de medidas restrictivas han ido cercando la posibilidad de acceder a la LT: desde julio de 2005 se modifica la grilla de autorización, quedando integrada por dos niveles de decisión, por un lado el Comité de LT, y por otro la autorización del asesor letrado y la directora del hospital, condición que excluye de toda injerencia a la jefa de servicio de Perinatología. Sin embargo, las mujeres gestantes deben pasar por la supervisión de Perinatología, instancia en la cual pueden quedar atrapadas por impedimentos surgidos de formas discrecionales de ejercicio de poder. Aún más, a partir de marzo de 2006, por razones de servicio, todas las cesáreas programadas son realizadas por médic@s de guardia, es decir que la posibilidad de LT dependerá de su exclusiva voluntad. El relato siguiente ilustra la situación con claridad:

En principio es la paciente la que la solicita, porque... se decía que nosotros le decíamos a la paciente que se ligara, que queríamos castrar a la población... Una puede dar consejo, (pero) si la paciente no viene con su consentimiento por escrito, (...) pasa por todos los profesionales que hacen los informes (...) y llega con eso, al comité nosotros volvemos a revisar a la paciente, revemos todo el expediente, con el expediente leído de antemano, corroboramos con ella toda la información que trajo, le pedimos que amplíe si es que hace falta, y en función de eso consensuado entre seis personas una de las cuales es la paciente, decidimos esterilizar. Y luego pasa a un tercer nivel de decisión que es del director del hospital y el asesor letrado, y una vez que tiene todo eso, autorizados todos los papeles, la paciente llega al día de su LT y se encuentra con que un jefe de servicio o el médico de guardia que la tiene que operar porque la cesárea se adelantó o porque se la programó, o tenía la cesárea programada para determinado día, lee la historia clínica y la indicación de LT y dicen pero yo no estoy de acuerdo con esto, entonces no se la hacen. (Entrevista a una integrante del Comité de LT¹⁹).

A esto se suman dos cuestiones que van a complejizar aún más la situación. Por un lado en agosto de 2005 quedó a cargo del hospital la Dra. Sara Papa: las condiciones parecían favorecedoras para el Consultorio, ya que la nueva directora había formado parte del PPSR. Por otro lado, se han producido transformaciones en las condiciones de contratación del personal: las LT se hacían con un contrato de 12 horas cada uno compartido por dos profesionales, por \$780, para cumplir con las siguientes funciones: evaluación prequirúrgica, cirugías, control postoperatorio de las pacientes, coordinación y gestión del consultorio de LT. Los otr@s miembr@s del Comité no cobran remuneraciones especiales, sino que tienen asignado un horario

¹⁹ Con el objetivo de mantener resguardada la identidad de las personas entrevistadas, omitiremos sus verdaderos nombres. Ya que su contexto laboral, en éste momento resulta inseguro y precario.

como parte de su contrato de planta de 24 horas. El PPSR se hace cargo de los honorarios de las trabajadoras sociales. La Dirección del Hospital, alegando la necesidad de reducción presupuestaria planteada desde el Ministerio de Salud de la Provincia decidió rescindir el contrato de los profesionales a partir del 31 de marzo de 2006: quedaron suspendidas las cirugías programadas y en lista de espera un gran número de mujeres. Desde el hospital se hicieron dos propuestas una para el Dr. Varela que no aceptó y la segunda a la Dra. Ojeda. La propuesta al Dr. Varela fue pasar su cargo de planta en la guardia a funciones de asesoría en salud reproductiva, y no fue aceptada. La segunda propuesta (aún en proceso de negociación) para la Dra. Ojeda, fue que hiciera las LT por prestación, con la condición de que: no se realicen más de seis LT por mes, y sólo se contemplen razones médicas.

En síntesis, el Consultorio de LT ha sufrido una grave regresión, desde lo institucional, ha perdido lo que tanto esfuerzo costó conseguir la consolidación del Consultorio y el respeto por sus decisiones. También es cierto que se han reubicado estratégicamente los sectores opositores y conservadores ocupando lugares de poder y decisión en el hospital que requerirá de nuevas alianzas y de un nuevo compromiso con la problemática de las mujeres²⁰.

Desde el año 2000, el Comité Interdisciplinario de Contracepción Quirúrgica de Hospital Lagomaggiore realiza LT de forma ininterrumpida, hasta el 31 de marzo de 2006 se han evaluado un total de 1000 solicitudes y se han practicado 710 intervenciones de LT, con una tasa de complicaciones del 0,7 %. No se han recibido reclamos ni denuncias por arrepentimiento post cirugía, ni solicitudes de recanalización, ni embarazos, ni síndromes climatéricos precoces. A partir de esa fecha quedan suspendidas 18 cirugías ya programadas, 30 mujeres en lista de espera con el trámite terminado y estudios prequirúrgicos completos. Se cancelaron todas las operaciones de LT por laparotomía. No sólo no se realiza LT sino que el comité ha dejado de atender el consultorio, y espera una respuesta favorable para continuar.

5.3. L@S PROFESIONALES DE LA SALUD. CUESTIONES LEGALES Y POSICIONES ÉTICAS

El trabajo de campo con l@s profesionales se realizó preferentemente en los lugares de trabajo y salvo en un caso la mayoría fue abordad@ en el hospital. Las entrevistas se concretaron en situaciones obstaculizadas por: interrupciones, tiempos acotados, largas esperas, presencia de terceros durante las reuniones. En lo referido a lo legal, la cuestión fundamental parece residir en la falta de marcos apropiados y en el nacimiento de una “nueva industria”, la de los juicios de mala praxis que, por una parte son vividos como amenaza por la corporación médica y por la otra son verbalizados como reguladores que exceden incluso las convicciones éticas y los saberes técnicos

²⁰ Ver en el punto 5.1 de este informe el estado del debate en el campo legislativo

de los sujetos: la inexistencia de una ley que habilita la LT sólo a través de una frágil resolución ministerial que no tiene fuerza de ley, no instaura efectivamente la ligadura como derecho. La ambigua situación legal, señalan los /las profesionales que sostienen posiciones a favor de la LT, genera obstáculos. El fantasma del juicio de mala praxis se sustenta en dos instrumentos legales que permiten interpretar la LT como lesión gravísima o una práctica ilegal: el Art. 91 del Código Penal, y la Ley 17132 (1967) sobre Regulación de la Práctica de la Medicina.

*“...la mayoría de los colegas a lo que tienen miedo es que no están cubiertos por la ley, es decir... justamente porque **no ha salido una ley nacional...** una ley nacional... que contemple la LT para que el médico se cubra, yo creo que con eso... se acabaría el problema de tanta dudas...” (Guillermo).*

*“**Sobre Ligadura conozco lo que conoce todo el mundo: que somos pioneros, Río Negro y Mendoza con media sanción de la cámara, en cuanto a la legislación de la tripsia tubaria y bueno.....yo pienso que se debería modificar el código penal, porque eso hace que uno pueda tomar conductas más libres que no pueda ser juzgado a posteriori por una práctica que algunos no comparten**” (José).*

*“**Yo creo que la ley impactaría porque habría menos resistencia, estaríamos menos cuestionados, trabajaríamos con más tranquilidad.... Me parece... importante para proteger también a los médicos porque el tema de la LT no es una práctica aprobada sino que se considera ilegal, porque los médicos se van a sentir más respaldados...**” (Mónica).*

*“**Y pienso que si la ley amparara a los médicos, muchos se animarían a hacerla...**” (Cecilia).*

Sin embargo ambos instrumentos legales están subordinados, según señala una amplia bibliografía, a la Convención de la CEDAW, con rango constitucional, que atiende el derecho a la protección de la salud de las mujeres, incluyendo la planificación familiar, esto es el poder de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, teniendo acceso a la información, la educación y los medios que permitan ejercer tales derechos, atendiendo el principio de igualdad entre los sexos. Además, los Estados se comprometieron a instaurar medios apropiados o adecuados para conseguir la plena garantía de los derechos reconocidos en la CEDAW. Entonces, si la LT, es un medio para efectuar la planificación familiar, un método de anticoncepción seguro y efectivo, toda norma local específica que sea limitativa de la LT, con anterioridad a la ratificación de la CEDAW por nuestro país, como es la Ley 17132 quedaría derogada por la ley posterior (Blanco, Luis, 1999: 28-30).

Hemos podido advertir además que las dificultades para la legalización plena de la LT, la pervivencia de regulaciones de la práctica médica que hoy resultan obsoletas y debieran haber sido reinterpretadas a la luz de la CEDAW, las tensiones entre la corporación médica y los abogados, la inercia institucional, constituyen impedimentos que parecen hallarse del lado de la dificultad para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos ciudadanos. En la mayor parte de los casos quienes están en contra basan sus argumentos morales en una postura confesional y no en una interpretación del carácter universal de la ley, que debe regir para todos y todas, más allá de las convicciones y creencias religiosas particulares de los /las profesionales.

5.3.1. Las posiciones éticas y políticas ante la LT. La profundidad del desacuerdo

5.3.1.1. Beneficencia / autonomía

Nuestro mundo es plural, desde el punto de vista cultural, político y ético. Desde esta pluralidad es razonable preguntarse si existe algún tipo de principio ético universal aplicable a la reproducción humana, o bien algún tipo de derecho absoluto. Si partimos de la idea de que los hechos y leyes morales no son neutrales sino marcadamente androcéntricos, en la aplicación de los principios a casos concretos, suele suceder que los principios éticos algunas veces entran en conflicto entre sí, requiriendo por ello que se establezcan prioridades valorativas. Esta selección tiene grandes implicaciones para las mujeres.

En el campo de la bioética los principios habitualmente en conflicto son los denominados de *beneficencia* y de *autonomía*. Este último propone que l@s individu@s tienen derecho a la libertad de decisión y acción, en la medida que sus acciones no interfieran con los derechos de otr@s. El principio de *beneficencia* considera moralmente correctas las acciones que resultan en el mayor bien para el mayor número posible de personas. La planificación familiar es un bien que permite promover la salud, el bienestar de l@s individu@s, parejas y de la sociedad en su conjunto. (Macklin, R, 1998, Ceccetto, S. 2003)

La medicina ha experimentado un profundo cambio en las últimas décadas, influyendo en el rol que asume el o la paciente (de un rol pasivo a uno activo e incluso crítico). Esto ha impactado en las concepciones de algunos especialistas. En el testimonio de este joven profesional sobre la elección de métodos anticonceptivos estos cambios comienzan a manifestarse:

“...la paciente ya viene por cosas que escucha en la tele... y le dice al médico el método que ha decidido usar y lo único que tiene que hacer el médico es asesorar si ese método le conviene o no... a la paciente por enfermedades... o cierta complicación que puede tener en el uso, pero... son muy pocas las que vienen a preguntar que método pueden usar, la mayoría ya viene con una idea de qué quiere usar, la paciente también ha cambiado” (Guillermo).

Respecto a la decisión y la autonomía, algun@s profesionales se expresaron a favor de incorporar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones médicas, teniendo en cuenta que esta elección debe ser informada.

*“...y lo más importante una vez que se le ha explicado a la paciente, las ventajas y desventajas de cada método la que termina **decidiendo**... es siempre la paciente y la pareja pero nunca el médico”* (Guillermo).

*“yo pienso que la mujer junto con su pareja mayor de edad y **en conocimiento** de todo lo que esto significa **tiene la última palabra**”* (José).

“...debería haber un acuerdo previo de respetar los deseos de esa mujer” (Cecilia).

Entre los elementos señalados en las entrevistas para ser incorporados en el proceso de “informar” a las mujeres o a las parejas están: la eficacia, el uso adecuado del método elegido, posibles factores que puedan afectarlo, las ventajas y desventajas de cada uno en particular, los

efectos colaterales y complicaciones, la prevención de ETS, incluido el HIV/SIDA y la hepatitis B, el seguimiento en usuarias/os de métodos hormonales, DIU y preservativos.

Respecto del consentimiento informado algunos profesionales lo consideran como un instrumento de resguardo para l@s médic@s ante posibles futuros juicios de mala praxis y no como una forma de ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres.

“yo creo que el consentimiento informado siempre lo tenés que llenar y más ahora por la gran cantidad de juicios de mala praxis que hay. Si yo no tengo el consentimiento firmado y aprobado de la familia, no te digo de la paciente porque a veces no está en condiciones... Se complica un poco la decisión que podés tomar, porque a los dos minutos me cae un abogado y me hace un juicio terrible” (Hilda).

*“Cuando se hace un consentimiento informado firman el paciente y firma también el que informa... yo creo... que uno tienen que ser responsable por lo que informa y está bien que en el consentimiento participen ambos, el paciente porque se hace responsable de la decisión... y el médico porque de algún modo está induciendo a la decisión a través de la información que da, yo creo que de todos modos que la decisión que tiene el médico es muy grande, porque **mucho de la decisión del paciente depende de lo que vos le digas**. Entonces qué pasa si yo doy una información que está sesgada, estoy actuando como formador de opinión, el problema de la información y asesoramiento necesita un profesional con un perfil. Algunos de los que trabajamos en la formación profesional... estamos... tratando de definir cuál es el perfil del consejero” (Laura).*

”El consentimiento informado es lo primero,... si no está el pedido de la paciente, no se puede hacer nada... salvo en situación que corra riesgo de vida la paciente no se hace. Me parece que es fundamental, que no se podría hacer, salvo que estuviera la ley... No podemos hacer nada sin el consentimiento informado, si ves los expedientes, la primera hoja es el consentimiento informado además tiene que firmar el marido u otro testigo y la firma del profesional, del médico. Desde el punto de vista legal tiene que existir un pedido de la paciente, en el caso de que yo pienso si estuviera la ley no sería necesaria. Es desde lo legal, con la ley no haría falta que firmara la paciente el consentimiento. En la parte privada, la paciente pide la ligadura y muchos médicos no le hacen firmar nada... Pero en este momento, como está dada la cuestión legal sería imposible sin el consentimiento informado” (Mónica).

Muchos profesionales no interpretan el consentimiento informado como un procedimiento que permite el ejercicio de conductas de autonomía de las mujeres, sino que subrayan la necesidad de evitar un daño que la propia maquinaria médica podría infligirle a las mujeres en cuanto usuarias o paciente, en clara alusión al modelo beneficiarista de atención. Entre estos dos modelos el autonomista y el beneficiarista existe una situación de constante tensión que se refleja claramente en los fallos judiciales y en las actitudes de l@s médic@s (Cecchetto, S. 2003: 4). L@s profesionales, aún aquell@s que tienen una perspectiva más flexible ante los derechos de las mujeres, tiene dificultades ante la autonomía, que puede estar asociada a que la aceptación de este modelo implica una profunda transformación en el ejercicio del saber/poder médico, y una redefinición de su rol social. La lectura del consentimiento informado en clave de instrumento de defensa de la práctica profesional se relaciona con la judicialización de la práctica médica y con la inexistencia de una ley que los ampare. La razón por la cual el consentimiento adquiere sentido como protección de l@s médic@s y no como un documento que confirma y sustenta la autonomía de las mujeres como sujetos competentes y capaces de participar en las decisiones que les incumben sobre tratamientos médicos se debe a que es mucho más sencilla esta clave de lectura en orden a la preservación del papel profesional como *habitus* internalizado. Sobre el consentimiento informado señala Diego:

“Lo realizamos por la parte legal... pero yo le puedo asegurar que en la mayoría de los casos la paciente no sabe lo que firma... no conoce el riesgo, son pocas las pacientes que tienen conciencia de lo que firman. Ahora, legalmente es imprescindible.. Si uno actuara conscientemente, correctamente, uno no necesitaría seguro...y consentimiento informado (...) Es un cuidado para los médicos pero no para las pacientes. Si no le propongo una cosa... tome tres historias clínicas con consentimiento informado y se va, ahora mismo, a ver a la Sra. y le dice: Sra. ¿qué significa esto, a ver qué es lo que firmó usted? Y no saben... Crúcese y pregunte a ver si han solucionado algo con todo el circo que han hecho” (Diego).

En síntesis respecto del consentimiento informado la actitud paternalista que caracterizó la práctica clínica durante siglos sigue estando presente. En nuestro país, el acceso a la información sobre sexualidad y reproducción no ha circulado con facilidad, en especial en los sectores sociales con menores recursos económicos, sociales, educativos, y culturales, o en zonas rurales en las cuales esta dificultad ha sido una constante histórica. Esta carencia de información, que afecta a amplios sectores en cuanto a aspectos tan relevantes para su vida y desarrollo personal como las relaciones afectivas, la sexualidad, la fertilidad y las posibilidades de regularlas, requiere que los equipos de salud se comprometan a asegurar a tod@s la transferencia de conocimientos acordes con la época actual. La asistencia, la orientación y la información necesaria son las herramientas con las cuales l@s profesionales ejercen función educativa en este proceso. En nuestra provincia, el PPSR está formando recursos humanos en salud para la realización de Consejería en salud sexual y reproductiva, que consiste en informar y asesorar para la elección de los métodos a utilizar. Esta consejería incluye aspectos biomédicos pero también psicosociales, que permiten ayudar a la toma de decisiones responsables en materia de sexualidad y reproducción. En este sentido Laura señala:

*“...pasando al problema de la información y el asesoramiento estamos tratando (de) conseguir... un espacio para **consejería...** (para) que el paciente tenga una elección informada y donde podamos hacer un consenso no imponiéndole lo que tiene que usar sino aconsejándole que alternativa hay, (...) yo creo que la elección informada debiera darse en todos los campos de la vida. Muchas de las malas decisiones que hemos tomado desde el punto de vista de cosas, como... la elección de los gobernantes por ejemplo pasa porque uno no elige informado... yo creo que el consentimiento informado protege al médico de la carga personal que implica asumir solo una responsabilidad. Uno informa al paciente y el paciente sabe lo que elige, la decisión es consensuada, el médico asesoró pero la decisión final es conjunta (...) el médico atiende pacientes, atiende individualidades, a tal punto que la relación médico paciente... es uno a uno” (Laura).*

La idea de la consejería no significa decirles a las personas qué deben hacer, se trata de ayudarlas a decidir qué sea lo mejor para ellas en su situación particular, asistirlas, a través de la escucha y el entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores, permitirles el desarrollo de confianza y de autonomía. Se trata de ayudar a identificar las necesidades en relación con la sexualidad y la anticoncepción para poder tomar decisiones adecuadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos.

Actualmente “... no se respeta la decisión de una paciente que diga que no, de última esto no es privativo, una lo puede aconsejar mirá esto trae estos riesgos, trae estas posibilidades, pero yo también tengo que atender a las bases psicológicas o sociales todo lo que haga que la paciente decida por terror que no quiere someterse a determinado procedimiento, por más que a mí me parezca bien, por más que a mí me puede parecer bárbaro para preservar la vida de una paciente que la tengo que someter a diálisis porque tiene una insuficiencia renal y la paciente puede plantear que ella no quieren que la dialicen y prefiere morir de una insuficiencia renal, yo no soy quién para conectarla al aparato (...). Hay que estar en la cabeza de una mujer que tiene que mantener ocho hijos entre los cuales tiene que repartir un litro de leche diluida (...) qué pasa con los deberes y derechos de las personas en cuanto al seguimiento de los tratamientos,

a los deberes y obligaciones del paciente, porque el paciente también tiene obligaciones, a los deberes y derechos de las instituciones a los deberes y derechos de los médicos dentro de las instituciones” (Laura).

Cuando hablamos de autonomía nos referimos a asegurar a l@s individu@s la libertad de actuar, como dice Ruth Macklin: *“El derecho absoluto de una mujer a la autodeterminación decidiría todas las preguntas y cuestionamientos sobre el control reproductivo, incluyendo todos los cuestionamientos relacionados con el aborto”* (MACKLIN, Ruth, 1998: 153). Sin embargo, much@s profesionales de la salud, reconocen que algunas razones para demandar una LT o un aborto son más apremiantes que otras.

El consentimiento informado es una condición necesaria para el ejercicio de la libertad de acción y la autonomía. El derecho de l@s individu@s a la libertad reproductiva sólo es parcialmente cubierto a través de la no interferencia en las decisiones o acciones de las personas. El respeto a las personas exige que los servicios médicos apropiados sean provistos en una forma que trate a las mujeres con dignidad y respeto. El respeto a las personas también demanda que el consentimiento sea voluntario. Hugo plantea:

“Yo soy muy respetuoso de los valores éticos de la mujer, donde resalto uno de los más importantes que es el valor ético de la autonomía (...) y bueno es el poder de la autonomía, recién ahora las mujeres han encontrado su verdadero valor en la sociedad. No estoy hablando de la equidad el marido 50 y yo50, el vecino 50 y yo 50 sino el valor ético de la autonomía, para mí es el más importante. El principio de equidad bueno macanudo, eso es fácil, pero el de la autonomía respetárselo eso muy difícil” (Hugo).

El no reconocimiento de las mujeres como agentes autónomos, implica considerarlas como sujetas de elecciones informadas acerca de los métodos anticonceptivos para poder decidir qué hacer en cada caso particular. L@s profesionales de la salud tienen la obligación de proveer esa información en términos comprensibles para las personas y de mostrar el amplio espectro de métodos disponibles, aun los de esterilización quirúrgica, más allá de sus preferencias, valoraciones personales, etc.

Si bien el principio de beneficencia parece tener en cuenta los intereses de todos el punto reside en quién define cuáles son los intereses de todos, pues por “brindar salud” puede entenderse tomar decisiones por / en lugar de algún otro considerado como menor o incapaz. En las prácticas de rutina el dilema frecuente que se presenta con el concepto de beneficencia es que las políticas y prácticas de la salud, que son benéficas para algunas, pueden no ser benéficas o incluso dañinas para los intereses de otras. Muchas veces se decide realizar sobre los cuerpos de las mujeres prácticas agresivas o tratamientos opresivos sin su autorización pues, se argumenta que éstas (cesáreas, episiotomías, partos inducidos) son esenciales para el bienestar de l@s bebés. Estas conductas (por demás frecuente) restringen la autonomía de las mujeres y comprometer su bienestar. Dice Cecilia, una respetuosa obstetra defensora del parto humanizado:

*“Mirá mamá te tengo que hacer una episiotomía o te tengo que operar **no te estoy pidiendo permiso porque es la salud del bebé**”* (Cecilia).

La oposición de l@s profesionales a la LT se relaciona con el carácter definitivo de la decisión, que hará imposible tener hij@s una vez realizada la LT, poniendo en duda sus elecciones informadas y responsables y cuestionando no sólo la posibilidad de decidir de las mujeres, sino también el funcionamiento del Consultorio Interdisciplinario de ligadura que, para algun@s induce a la toma de decisiones no debidamente reflexionadas. Señala Marta:

“No (los pedidos de ligadura) no son tantos... pero lo que es violento para mi ... decirle no señora, no estoy de acuerdo, y ... (escucharlas decir) ... ‘yo voy a hablar con el director...- porque a mi me van a hacer la cesárea y me van a ligar, porque yo quiero que me liguen ’ y tiene 29 años. Hasta los 50... te imaginás tienen 20 años, en esos 20 años pueden cambiar de marido... (pero cuando) tenemos incesto, yo estoy de acuerdo en hacerle la ligadura...” (Marta)²¹.

El principio beneficentista, desde una concepción utilitarista implica una evaluación de los beneficios y de las consecuencias dañinas de la acción o de la práctica. La valoración de riesgos y beneficios aplicados a la selección de métodos anticonceptivos es muy compleja, pues las consecuencias de un método pueden ser evaluadas a partir de las dimensiones de efectividad o del riesgo de daño para la usuaria del anticonceptivo. Los riesgos pueden ser de daños físicos pero también psicológicos y sociales, estos últimos no son considerados generalmente en la evaluación. Una evaluación de riesgo-beneficio siempre involucra establecer prioridades basadas en valores y por ello se pueden generar tensiones, ya que los métodos preferidos por los proveedores de salud o los programas de planificación familiar pueden diferir de aquellos más aceptables para las mujeres. Los riesgos o beneficios percibidos por las usuarias pueden no coincidir con los evaluados por l@s profesionales o por el sistema de salud. Este es un punto de conflicto entre el principio de beneficencia y el de autonomía.

El principio de beneficencia en salud sexual y reproductiva, se vulneraría de no alcanzarse una práctica segura, de carácter preventivo-terapéutico para evitar embarazos no deseados, y las consecuencias negativas que podría acarrear un embarazo para la salud de la mujer y su grupo familiar. Cuando se pone en juego la decisión de una mujer de realizarse una LT, algun@s profesionales se pronuncian en contra de la autonomía de las pacientes y sostienen que su criterio carece de sentido racional, mientras que la posición médica tiene una jerarquía superior dada por supuesto por su carácter “científico”.

*“mirá, yo no sé si vos te tenés que meter (en la vida de la gente), pero yo me meto científicamente, desde mi rol profesional y desde ahí miro la vida de los demás, y mi función diagnóstica de la mente para definir una castración definitiva en una mujer, es el derecho a la salud. **Porque creo que hay un derecho que la mujer tiene a ser diagnosticada por un profesional de la salud que puede ver más que su deseo.** El deseo forma parte del momento de un momento de una conducta, pero hay mucho más que eso. Y ese es mi rol profesional. Entonces, puede estar el deseo pero eso no le da el derecho a **meterse cuando no ve otros aspectos que también juegan a su desarrollo**” (Analía).*

El principio de autonomía y libertad individual reconoce la dignidad de los seres humanos y demanda que ellos sean tratados con respeto. Este precepto ético se viola en el caso citado, porque

no se cumple el derecho de l@s individu@s a la libertad reproductiva y a la no interferencia en las decisiones de las personas. En nombre de la autoridad de la ciencia se priva a las mujeres del acceso a la información y de la gama de opciones para poder elegir. El gobierno y los programas de salud sexual y reproductiva deben garantizar las mejores condiciones económicas y educativas a las mujeres para que aumente su capacidad para elegir sin la coerción del estado, los agentes de programas de salud o sus parejas. Por otra parte la elección reproductiva informada implica también la responsabilidad por la elección tomada.

5.3.1.2. Sobre los fundamentos: valores absolutos/ tolerancia cívica

La pluralidad de diferencias constituye una de las dimensiones fundamentales de la condición y la experiencia humanas. De allí la relevancia de poder delimitar qué decisiones atañen a la sociedad y cuáles pueden ser de exclusiva competencia de l@s ciudadan@s. En terrenos tales como el de la sexualidad, la reproducción y las familias se pone en juego una batalla moral, en torno de los límites entre lo público y lo privado.

Lo que está en el centro del debate cuando se lucha en la frontera entre lo público y lo privado es el reconocimiento de los límites entre regulación social y libertad en el momento de elegir de acuerdo con la propia conciencia. La existencia de una única moral suele reposar en el recurso a la idea de universalidad, definida como un conjunto de planteamientos morales asentados sobre valores comunes. Sin embargo estos pretendidos valores se sostienen a menudo sobre consensos forzados que violan la identidad y la subjetividad de muchas personas que portan valores culturales y opciones vitales distintas (Ciriza, Alejandra: 2002).

En lo que se refiere a derechos sexuales y reproductivos los médic@s generalmente resuelven situaciones concretas basándose en su propia ética o presupuestos morales, asignándoles valor de universalidad. Ante diversos problemas éticos suscitados en el ejercicio de la medicina, l@s profesionales apelan a la aplicación del sentido común, de sus propi@s postulados morales y de la legislación por ellos/ellas conocida. Lo que está en juego en el campo referido a las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción humana es un asunto tan central como el de la visión del mundo, del sentido (y a menudo **el comienzo** de la vida). La dificultad residen en que, dada la hegemonía que la Iglesia Católica ha construido en torno de estos campos, la perspectiva religiosa suele ser considerada por algunos/ as profesionales como una norma ética válida para todas las personas. Dice Hilda:

*“yo terminé en marzo de hacer un curso justamente en todo lo que es planificación y anticoncepción con un ex cura jesuita... sabe un montón... es muy difícil porque todo esto siempre tiene una zona gris donde vos no sabés desde qué momento fuiste embrión o dejaste de ser, si es al tercero, al segundo y **cuándo sos persona**, si sos persona en la fecundación si sos persona en la nidación. Esa es una zona que no la podemos definir todavía **nadie se pone de acuerdo, entonces yo que pienso para mí es persona desde el momento que***

²¹Marta es una médica obstetra, que trabaja en admisión de partos de la guardia del Hospital Lagomaggiore, estuvo presente durante la entrevista a la Lic. Analfa, y tuvo intervenciones importantes de destacar.

se unió el óvulo con el espermatozoide. (En ese momento pasa una enfermera y dice -para mi también...- sigue su camino) (Hilda)²².

El concepto de vida que la Iglesia católica propone se sustenta en un principio básico: los seres humanos no dan la vida, sino que son depositarios de la voluntad divina, por lo tanto no pueden quitarla, por eso la oposición al suicidio, al aborto y a la eutanasia. Consideran que en el momento de la fecundación, el ser humano en formación tiene plena autonomía de la madre, cuyo cuerpo es un instrumento equiparable al niño por nacer, porque éste desde ese primer momento tiene alma. Es por esta perspectiva que la Iglesia se opone a toda intervención humana en los procesos de la vida. Esta punto de vista no puede ser asumida en los hospitales públicos, porque existen otros razonamientos éticos sobre la vida que se sostienen en el reconocimiento de los límites y las potencialidades de las diferentes etapas del proceso biológico, como es la actividad cerebral como indicador de la aparición de conciencia, valorado sobre la mera vida vegetativa, a modo de ejemplo. Existen formas de trabajar en salud sexual y reproductiva, manteniendo los propios valores y es por medio de la objeción de conciencia. Sin embargo nadie puede desligarse de la obligación de proporcionar información adecuada para que las mujeres puedan decidir en libertad, aún cuando pueda negarse realizar la práctica. Cabe recordar, como hemos señalado, que en la provincia sólo se han firmado diez.

Desde la perspectiva de los deontologistas las acciones son buenas o malas por naturaleza y ni las consecuencias, ni las circunstancias ni las intenciones cuentan o pesan sobre la moralidad de las acciones. Varias doctrinas filosóficas o religiosas de este tipo son fundamentalistas, y plantean que hay verdades y valores morales que existen independientemente de las personas. Esto lleva a la creencia en absolutos morales, que no requieren interpretación y demandan obediencia. Entonces los dilemas médicos sobre los derechos sexuales y reproductivos, cuando se parte de este punto de vista, tiende a resolverse en detrimento de las mujeres, de sus creencias, valores y derechos. Es decir, se resuelven mediante la intervención o decisión del médic@ sobre qué es lo mejor para las mujeres. Quienes sostienen estas posiciones son incapaces de tolerar la tensión que se plantea a la práctica médica la libertad individual. Las mujeres deben acatar sin cuestionar ni pensar en otras alternativas. Los argumentos esgrimidos varían desde la referencia a políticas poblacionales o a la maternidad como valor absoluto, que justifican que se tome la decisión “correcta” por otr@. Dice Diego:

*“Yo creo que vivimos en un país de cuarta que somos poco serios y que nos hemos ido deteriorando y hemos perdido ciertos valores, valores que no existen pero tiene que haber cabezas responsables de los que están arriba que tienen que ser más inteligentes y más responsable que los que están abajo. Muchas veces tienen otra solución y mucho más barata. No porque sea pobre hace falta castrarla, que es lo que está haciendo esta gente, **esta es la política: castrar pobres**. (...)¿a usted le parece que en un país donde hace falta población le estén ligando las trompas a las gente?” (Diego).*

²² Es interesante analizar esta respuesta: es una zona gris, nadie se pone de acuerdo... entonces para mí es persona, de donde la profesional infiere: mi juicio (para mí es persona) adquiere validez universal a pesar de su particularidad (para mí). En su condición de representante del valor universal de la vida puede, entonces, tomar decisiones por otros y otras cuyas perspectivas sí son efectivamente particulares.

Quienes portan esta perspectiva consideran que las mujeres de sectores populares son incapaces de elegir por sí. Ellas demandan a partir de la manipulación operada por aquell@s profesionales que apoyan la LT. Desde la perspectiva de Marta, médica obstetra y Analía, psicóloga:

“...se ha distorsionado totalmente... ‘¿Señora, cómo a los 27 años?’ y te dicen, ‘pero tengo 6 hijos’... ‘Pero busque otro métodos, están las pastillas’; ‘me quedo embarazada igual’ ‘... y el DIU?’ ‘he expulsado 4’...”

Analía: Mentira... se saben el discurso...

Marta: Entonces puse así como me dijo: “según la paciente ha expulsado 4 DIU”. No puedo creer... tenemos un 15% de DIU descendido porque vino una partida del Ministerio... y entonces va a llegar un momento en que tengamos media población esterilizada... cuando nosotros tendríamos que tener 10 millones más de habitantes. Por que se larga una difusión pública ‘tenés derecho’, y cuando a vos te hablan de tener derecho, relacionás derecho y acto, cuando en realidad esta conjunción... antes se ligaban algunas mujeres a partir de criterios bioéticos...con criterios... pero desde lo bioético’.

Reclaman, en nombre de la ciencia, las políticas poblacionales, sus propios valores particulares el ejercicio de la tutela sobre estas eternas menores. Los argumentos sostienen que el criterio con el cual se decide hacer una LT está ligado a la pérdida de valores por parte de la sociedad, a la secularización cultural que ha permitido relativizar los valores hasta tal punto que se pone en cuestión la ciencia médica. Otro aspecto considerado en los discursos tiene que ver con las referencias a las prácticas de esterilización forzosa y masiva utilizadas por políticas antinatalistas impuestas desde los países centrales a los periféricos.

Nuestro país ha sido históricamente renuente a controlar la fecundidad de las mujeres, tomando como justificación la escasa natalidad en comparación con otros países de la región y la baja tasa de fecundidad. Pero las bajas tasas de fecundidad no permiten comprender que amplios sectores de la población asolados por la pobreza, excluidos de los beneficios de la medicina y la tecnología moderna, tienen altas tasa de fecundidad y altas tasas de mortalidad materna y aborto, producto de la profunda inequidad social existente. Aún cuando la tasa de fecundidad del país sea relativamente baja, las mujeres pobres siguen teniendo un elevado número de hij@s, miles mueren por razones obstétricas evitables, y muy pocas tienen acceso a información adecuada acerca de la sexualidad y la reproducción y a una anticoncepción eficaz, segura e inocua, a su libre elección.

Los argumentos morales expresados contra la práctica de LT por algun@s profesionales encubren no sólo conflictos de poder entre los sexos, sino también y fundamentalmente conflictos de poder entre las diferentes disciplinas y entre profesionales, entre un modelo médico curativo que fue hegemónico y un modelo médico preventivo-alternativo que lucha por imponerse.

Del rechazo a la ligadura se pasa al rechazo al aborto y a la denuncia de la destrucción de la familia y la pérdida de valores en la sociedad. Las valoraciones personales sobre la sexualidad operan como reguladoras de las prácticas profesionales. A menudo l@s profesionales se erigen en

jueces que aceptan la sexualidad femenina cuando se mantiene dentro de los límites de “lo permitido” o reconocen derechos sólo cuando la sexualidad está ligada a la procreación.

5.3.1.3. Heteronomía y autonomía desde el punto de vista de género

Cuando hablamos de *autonomía de género*, nos referimos al grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de los otros. Comprende la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas para lograrlos; implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. En el sentido opuesto *heteronomía de género* es cuando una mujer está sometida a la autoridad o mandato de otro. (Fernández, Ana María, 2003: 140).

El principio de autonomía sugiere la capacidad de autodeterminación, independencia y libertad, el concepto de heteronomía en cambio se refiere a la subordinación a un orden impuesto por agentes externos y representa un modelo de subordinación. L@s profesionales que están a favor de que las mujeres puedan decidir sobre su propio cuerpo, coinciden en afirmar que a menudo, en sus prácticas, suelen encontrarse con opiniones que difieren de sus perspectivas personales, y que de ninguna manera las diferencias ideológicas, culturales, etc. constituyen un motivo para imponer sus formas de pensar.

“yo estoy (...) a favor (de la LT) porque considero que una mujer es totalmente dueña de cuerpo y sabe hasta donde puede brindarle un lugar a sus chicos y cuanto o no puede brindarse a ello, hay mamás que tienen 3 chicos y ahí dicen basta y otras que con 10 siguen teniendo, viste, pero me parece que es un derecho que tiene la mujer y es totalmente respetable.” (Cecilia).

*“Para mí lo más importante es la mujer eso significa que ella tiene poder de decisión absoluto e inalienable de qué hacer con su cuerpo. Y en eso es su voluntad lo que va a primar y no la de otro ese es para mí lo más importante, ni siquiera el marido no? ... la **decisión final generalmente la tienen la mujer** o la pareja con responsabilidad, eso es lo más importante. El médico no puede coparticipar de la responsabilidad de decisión porque puede mal interpretarse porque además es el derecho inalienable de la mujer o de la pareja...”* (Hugo).

L@s profesionales que se manifiestan en contra de que las mujeres puedan decidir libremente sobre sus cuerpos, dan lugar a conductas heterónomas, que limitan las posibilidades de decisión de las mujeres. Los argumentos se sostienen en la incapacidad de ellas para pensar en su futuro y prever variaciones en su vida.

“Mirá, yo le digo: ¿señora qué pasaría si a usted se le mueren sus hijos?... Quieren que les cuente algo: una enfermera nuestra se quedó dormida... cuatro chicos... se incendia la casa, sólo saca uno (...) y ella me pidió que le ligara las trompas, hoy viene y me dice -‘si yo no me hubiera hecho ligar las trompas (...) Cuántas las dejan el marido y se vuelven a juntar con otro y este le dice -‘... si no me podés dar un hijo me voy a buscar otra’... ¿sabés cuántas tengo de esas?... esa es la realidad, está todo tergiversado, esto tendría que ser a algunas mujeres con riesgo médico, y ahora todo el mundo se cree con derecho para que le liguemos la trompas (Marta)

Pero también está presente en l@s médic@s la idea de quién decide. La lucha de intereses entre diversas disciplinas es evidente y las mujeres que quieren que se les realice una ligadura resultan ser el botín de guerra. Quién decide, la medicina, el derecho, los funcionarios, quién puede tener el patrimonio exclusivo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

“Ese sería mi posición... a mí me dicen que esto es un tema del derecho, entonces, porque tienen derecho, están excluyendo que aquí la salud física, psíquica o social... Yo no separo la salud del derecho ... tiene derecho a pedirlo, más vale que tiene derecho ... (pero) si entramos al tema del derecho sin el diagnóstico de salud creo que estamos errando en qué es la salud... Gineco no lo hace porque no está de acuerdo... Sarruf les va a explicar así que eso (el laparoscopia) es patrimonio de él... su servicio no lo hace, yo creo que... la mayoría también se opone... Entonces, el director nombra a una médica de guardia y a un médico de planta con un medio contrato cada uno para que hagan con lapa... laparotomía, por operación. Esto es el tema. (Analía).

“Es fundamental, es parte de lo que le compete al médico obstetra todo lo que sea reproducción corresponde a la obstetricia”. (Diego)

Finalmente esta expresión última sintetiza el poder que ha tenido la medicina respecto a la salud de las mujeres. La salud entendida desde una perspectiva integral, encuentra sus límites en este orden médico que dominó durante siglos y que hoy se resiste a perder su hegemonía.

5.3.1.4. Concepciones en torno de la salud sexual: restringida vs. integral.

El concepto de salud sexual y reproductiva de la OMS se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo a la falta de dolencias o enfermedades, que las personas estén aptas para tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor. Por lo tanto se habla de salud no sólo en términos de ausencia de enfermedades sino de “bienestar”, definición que va más allá del modelo biomédico que se centra en la enfermedad. Esta perspectiva de salud incorpora las condiciones socioeconómicas, ambientales, psicosociales y culturales que determinan el bienestar de las mujeres. Las posturas evidenciadas en las entrevistas a favor de una concepción de salud integral señalaron estos aspectos además de reconocer que la salud no puede ser patrimonio exclusivo de la medicina, sostienen la necesidad de que intervengan otras disciplinas para que las acciones sean consensuadas entre distintos profesionales, articulados en un Equipo Interdisciplinario

“Yo creo que se ha avanzado mucho al poder equiparar el riesgo social, el riesgo psicológico al médico. Acá hay una cosa importante cuando llega una paciente a hacer un pedido, es difícil, dividir los distintos riesgos (...) o sea que si nosotros tenemos en cuenta la definición de salud, la integralidad de lo biopsicosocial, y sí es cierto que todavía hay una puja por ver lo que predomina (...) [No]podemos lograr que los médicos entiendan ... cual es la importancia de lo social,(...) de lo psicológico, que vean como afecta a la salud biológica de la mujer y de toda su familia... la mujer no es solo una vagina. Eso es desintegrar a la mujer es no tomar en cuenta sus otros aspectos y si bien es como que los médicos pretenden con esa hegemonía creer que lo biológico es lo más importante (...) han ido entendiendo la importancia de otros aspectos y la respetan. Hay muchas pacientes donde ha predominado lo social y lo psicológico y ellos lo han aceptado” (Sandra).

Otros profesionales mantienen una concepción acotada de salud, y argumentan que la salud es patrimonio exclusivo de la medicina, y que la salud reproductiva en particular es dominio de la obstetricia, y que ninguna “disciplina secundaria” puede aportar nuevos conocimientos.

“Hay razones de salud que puede afectar la salud de la madre... una diabetes con lesiones orgánicas (...) y para eso no hace falta que intervenga... una Licenciada, un montón de ñoquis para tomar esa decisión, esa decisión la sabemos nosotros... Cada uno debe hacer lo que sepa. Dentro de la obstetricia hay gente que puede dirigir (...) Yo pienso que a las mujeres le ligan las trompas por causas políticas nada más, o sea (...) le ligan las trompas porque es lo más fácil para ellos (...)La Planificación familiar es patrimonio de la medicina.(...)patrimonio de la obstetricia, como lo ha sido hace 30 años en la maternidad. O sea a mí no me

hace falta que venga una psicóloga a decirme que a una diabética (...) le tengo que ligar las trompas, ni la bioquímica, ni la visitadora social, uno ha estado preparado para eso...” (Diego)²³.

5.5.2.5. Sobre las razones para la LT y las diversas concepciones de l@s profesionales acerca del tema

Existen diferentes opiniones sobre la definición de LT y sobre las razones dominantes

Definiciones de LT	Profesionales según sexo y edad	Lugar de los diferentes factores en indicación de LT
Esterilización	Mujer, Obstetra > de 50 años	Reconoce razones biológicas, psicológicas y sociales, en ese orden.
	Mujer, Obstetra < de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo. LT es un derecho
	Varón, Médico Obstetra > de 50 años	Reconoce razones biológicas, psicológicas y sociales.
	Mujer, Médica Obstetra < de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo. LT es un derecho
Métodos Anticonceptivos	Mujer Psicóloga < de 50 años	LT es un derecho
	Varón, ginecólogo < de 50 años	Reconoce razones biológicas y psicológicas, en cuanto a las razones sociales tiene ciertas limitaciones y reparos.
	Mujer, Trabajadora Social < de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo. LT es un derecho
Castración, Mutilación o amputación	Varón, Médico Obstetra > de 50 años	Reconoce sólo razones biológicas
	Mujer, Psicóloga < de 50 años	Reconoce razones biológicas
Infertilización	Varón, ginecólogo, > de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo.

Este cuadro nos permite visualizar rápidamente tanto las características de l@s profesionales entrevistad@s como la posición que tienen sobre LT, y las razones dominantes en sus perspectivas. También si hay alguna diferencia en las opiniones de varones y mujeres: sólo 4 mujeres menores de 50 años reconocieron la LT como un derecho, definida como esterilización y método anticonceptivo aceptable realizado con el único fin de no tener hij@s. Los profesionales que definen la LT como castración o mutilación, sólo aceptan la intervención por razones de riesgo biológico. L@s jefes de los Servicios, de Púerperas, Maternidad, Ginecología y Salud Mental son fuertes opositores/as a la tarea llevada a cabo por el Consultorio y a la LT. La situación del Servicio de Ginecología resulta ejemplificadora: su jefe se opone que en su servicio se realice LT. Es uno de los pocos médicos que ha presentado objeción de conciencia por escrito, obligando a mantener una posición similar a l@s profesionales a su cargo. Esta situación generó y genera grandes dificultades en relación a la práctica. El Servicio de Ginecología tiene el aparato con el que se realiza la cirugía laparoscópica (que implica menores riesgos, tiempo de internación y costos) generó todo tipo de inconvenientes para impedir su utilización, condiciones que obligaron al Hospital a contratar dos médic@s, como ya hemos visto (Ver ítem 5.2.2.2). La actual jefa del servicio de perinatología es contraria a la LT con el agravante de que es en este servicio donde funciona el Consultorio de evaluación de LT y donde están internadas las mujeres gestantes que van a ser intervenidas. La jefa de salud mental es otra fuerte objetora del Consultorio: su crítica expresa reside en el señalamiento

²³ La directora del PPSR es bioquímica.

de que la práctica de la laparotomía es más riesgosa que la laparoscopia, aunque el punto parece residir en que equipara LT y castración.

Estos obstáculos nos permiten confirmar la permanencia de un modelo médico biologista, aún cuando podamos hallarnos con una admisión retórica de otras causas. El sistema de salud se reveló como un espacio de disputa por el poder y por el control de los cuerpos de las mujeres. El prestigio de la profesión médica y las relaciones asimétricas de poder consolidadas en el sistema de salud hacen de la referencia a la biología la “última palabra”, aquello que proporciona la razón indubitable para realizar una LT ante la cual, incluso acérrimos opositores, retroceden.

5.4. LAS MUJERES, LA MATERNIDAD, LA DECISIÓN Y EL DERECHO DE LIGARSE LAS TROMPAS.

“La maternidad incluye una serie de procesos biológicos (concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia) pero se extiende mucho más allá de ellos, hacia prácticas y relaciones sociales no vinculadas al cuerpo femenino (cuidado y socialización, atención de la salud, alimentación, higiene, afecto y cariño) Todas estas prácticas se encuentran entrelazadas con representaciones acerca de lo socialmente, aceptado, legitimado, “naturalizado”” (Marcela Nari, 2004: 17)

En el cuadro siguiente presentamos un breve retrato de 13 mujeres que tomaron la decisión de ligarse las trompas en el marco del sistema público de salud. Sus condiciones sociales, sus trayectorias vitales y sus historias reproductivas hacen de l@s profesionales actor@s fundamentales en la toma de una decisión que, como hemos señalado, se juega en el cruce entre cuestiones de índole biológica, sin lugar a dudas, pero también políticas, éticas y culturales. En este complejo juego los imaginarios en torno de la maternidad, la sexualidad femenina y el deber ser de las mujeres ocupa un espacio central.

Nº	Nombre	Edad	Cantidad de hij@s	Ocupación	Escolaridad	Antecedentes Gineco-obstétricos	Fracasos MAC	Riesgo médico	Obra social
1	Mariela	32	3	Ama de casa	Primaria incompleta	4 embarazos 1 cesárea 1 aborto	Rechazo del DIU, pastillas le producían gastroenteritis y el preservativo alergia	sangre incompatible	No tiene
2	Griselda	34	4	Ama de casa	Primaria incompleta	6 embarazos 2 abortos espontáneos 1 cesárea	Rechazo de otros MAC	Diabetes y formación de miomas	No tiene
3	Alicia	27	2	Ama de casa	Primaria completa	2 embarazos 2 cesáreas 3 abortos espontáneos		Toma Talidomida, produce Malformación fetal,	No tiene
4	Julieta	27	4	Ama de casa	Primaria completa	7embarazos 3 abortos espontáneos 4 cesáreas		Útero agrandado y lastimado, la piel no cede no hay posibilidades de otra cirugía	No tiene
5	Lidia	27	4	Plan Jefa de Hogar	Primaria completa		Rechazo DIU, fallas de MAC Pastillas, alergia al preservativo		No tiene
6	Nilda	40	8		Primaria incompleta	9 embarazos 1 aborto			No tiene
7	Luciana	25	4		Secundaria	4 embarazos			No

					incompleta	4 cesáreas			tiene
8	Sandra	33	3		Secundaria incompleta		Expulsión de dos DIU, intolerancia pastillas	Problemas de tiroides	No tiene
9	Liliana	31	3	Ama de casa	Secundaria incompleta	3 embarazos 1 cesárea	Rechazo MAC	Razones Médicas	OSEP
10	Soledad	30	2	Empleada Administrativa	Primaria Completa	3 embarazos 2 cesáreas		Disfunción cardíaca. dos operaciones	OSEP
11	Zulma	41	3	Profesional Trabajadora Social	Universitaria Completa	3 embarazos 3 cesáreas		Enfermedad degenerativa en el estomago metaplasia intestinal, hipotiroidismo, toxoplasmosis, hipertensión	OSEP
12	Roxana	29	5	Ama de casa	Secundaria Incompleta	6 embarazos 5 cesáreas 1 aborto	Rechazo a MAC		OSEP
13	Gabriela	30	9	E. doméstica	Primaria Completa	9 embarazos	Rechazo de MAC		No tiene

Cuando una mujer decide poner fin a sus capacidades reproductivas, y optar por una LT, al mismo tiempo pone a funcionar una serie de cuestiones vinculadas a dicha decisión, ya que ésta tiene implicaciones que van más allá de lo que puede significar una simple elección de un método anticonceptivo, la LT es una decisión de vida, un hecho vital de importancia, como lo fue la de tener sus hij@s.

En este sentido consideramos central el registro que sobre el cuerpo, la sexualidad y las capacidades reproductivas tienen las mujeres. Históricamente el dominio y el control del cuerpo de las mujeres constituyen el punto nodal de la dominación patriarcal, cuyas raíces se remontan más allá de los inicios del capitalismo, y que se expresa en una variedad de formas de sujeción que adquieren un ensañamiento feroz sobre los cuerpos de las mujeres.

Cuando una mujer decide no tener más hij@s, el fantasma de la negativa a la maternidad toma todas sus dimensiones amenazantes: la maternidad como mandato social sin alternativas, ni modalizaciones obtura la posibilidad de pensarse desde otro lugar, porque esto significaría, en términos del modelo patriarcal del horizonte materno como único en la vida de las mujeres, renunciar al modelo de feminidad al cual se debe aspirar y acatar, sin cuestionamientos. Este proceso actúa como un mecanismo de homogenización y disciplinamiento social de los géneros que resulta difícil de transformar y hace imposible (o muy difícil) poner en palabras el deseo de no tener más hij@s como argumento válido para demandar una LT.

Con frecuencia las mujeres solicitaron la LT porque no quieren seguir sometándose a relaciones sexuales conflictivas en las que el temor a un posible embarazo está presente durante años en cada encuentro sexual, agravado por la resistencia masculina al uso del preservativo. Se trata, por lo general de mujeres que han utilizado otros métodos anticonceptivos, pero estos han fallado (sobre todo DIU y pastillas) por diferentes causas. Solicitan la LT para poner fin a una serie de sufrimientos y a la amenaza permanente de un embarazo no deseado o de riesgo.

Los procesos sociales de construcción de las identidades femeninas encuentran enclaves en el imaginario social, en el orden simbólico, en las instituciones sociales, en los procesos de producción y de reproducción, que bajo la forma de mandatos sociales capturan la subjetividad. La sociedad siempre tiende a que las significaciones colectivas permanezcan inalteradas, incuestionadas, utilizando para esto estrategias de la identificación, y con ellas cerrando las puertas a otras dimensiones imaginativas de l@s sujet@s. Y si bien ellas mismas son creaciones colectivas y del imaginario social, aparecen casi siempre, como dadas (por la naturaleza, por dios, por las leyes, etc.) rígidas, fijas y sagradas. Estas fijaciones se traducen en experiencias de obediencia y subordinación, moldeadas por un orden simbólico que se escuda en mitos anuladores de toda pretensión, deseo, y decisión de las mujeres.

Se ha aceptado como “natural” reducir la sexualidad de las mujeres a los aspectos reproductivos y por lo tanto a la maternidad. Esta manera de ver la sexualidad de las mujeres como una función supeditada a la reproducción, implica la negación del derecho al erotismo y al placer pues se les ha reservado como único el “sagrado placer” de ser madres y cuidar a l@s hij@s, perpetuando los roles y el poder entre los géneros sexuales. El control del propio cuerpo representa para las mujeres no sólo decidir sobre su sexualidad, sobre la concepción, la anticoncepción, el aborto, el parto, la crianza de l@s hij@s, sino poder tomar el control de sus vidas, tarea que no resulta sencilla de ninguna manera, porque existen en la sociedad una serie de mecanismos de control y dominio que obstaculizan su logro, además de mantener la experiencia sexual femenina inseparable de la reproducción. Son muchos los obstáculos de índole cultural, social y económica que las mujeres deben superar: no se reconoce el derecho de controlar el propio cuerpo, de elegir o no la maternidad y las formas de concepción y anticoncepción que se consideren más convenientes.

En las narraciones de las mujeres se vislumbra los efectos de éstos imaginarios, que se traducen en presiones y mandatos que tienden a disipar con argumentos que justifiquen y avalen su decisión. Aún cuando los riesgos biológicos, psicológicos y sociales existen, la decisión sólo tienen sentido, cuando se trata de razones biológicas, en casos en que un potencial embarazo ponga en riesgo su vida y con ello la crianza de sus hij@s. Los mandatos acerca de la maternidad son tan fuertes que tanto para Mariela (3 hijos) como para Griselda (4 hijos), la posibilidad de poner fin a la reproducción se presenta como una situación límite, dado sus condiciones particulares de salud.

Mariela: (refiriéndose al marido) No quiso al principio, porque tenía miedo, porque si el día de mañana queremos tener otro, y yo le dije... pero yo...el doctor Mulet a mí me dijo que por el grupo de sangre mía, más tres embarazos, es mucho, un cuarto sería un riesgo por más que tuviera la vacuna puesta, así que por ese lado, después fue él y habló con la asistente social, el médico y después ya se convenció. Lo llevé y habló con el médico.

Griselda: Yo no quería al principio, una porque era joven otra porque una no sabe lo que te va a pasar después en el lapso del matrimonio. Yo gracias a Dios los 14 años que he estado con mi marido he estado bien, pero lo hice una por los niños y otra porque los embarazos míos han sido con muchos riesgos y otra que tengo mioma y me tengo que hacer tratamiento. No lo he empezado porque no tengo con quien dejar los chicos, ahora que está mi hermana ella me va a ayudar. Ya me han sacado un mioma de 2 Kilos. Y del embarazo de la nena también, me sacaron uno y una hernia y me hicieron la ligadura.

Griselda: Cuesta porque después de 10 años de no poder tener niños, tengo los 4, soy joven, me gustaría tener más, pero me tenía que adaptar a lo que me decía la doctora no tanto por lo físico, sino por los niños, por no dejarlos solos porque si me pasaba algo, sería poca cabeza mía.

La reproducción no es un mero hecho biológico, sino que comporta una dimensión simbólica, atravesada por la cultura, la ideología y las relaciones de poder entre los sexos. Los modelos de sexualidad y reproducción que se adquieren dependen de lo que se aprende en el transcurso de la vida, a través de la internalización de las distintas pautas de conductas. Modelos basados en mitos y creencias que se transmiten de generación en generación y que se alejan bastante de lo que las mujeres realmente sienten en sus cuerpos y desean. Por ejemplo así se expresa Griselda:

Griselda: La familia de nosotros, materna, ha sido muy numerosa. Me hubiera gustado tener más hijos, porque a mí me gustan los niños. Nosotros somos 9, mi hermana ha tenido 7, la otra tuvo 9, mis hermanos tiene 4 y 3. Pero bueno en la situación que estoy viviendo ahora es mejor 4.

Los modelos aceptados de sexualidad femenina en función de la biología se van incorporando a través de los diferentes procesos de socialización y toman forma de estereotipos que funcionan como modelos a alcanzar los cuales marcan qué es lo correcto para cada género. Los estereotipos sexuales son muy fuertes y afectan las decisiones y placeres permitidos.

Sólo hij@s y razones médicas pueden justificar la negativa a la maternidad: es decir cuando un potencial embarazo puede poner en grave riesgo su vida:

Alicia: y yo (tomé la decisión de LT) un poco por la enfermedad mía, da malformaciones fetales... no me daba el cuerpo a mí para tener otro chico y si en caso me quedaba embarazada me iba a salir malformado y el anterior, yo no sabía mucho que estaba enferma, así que lo llevé, ya cuando el bebe nació ya me enteré de este mal. Me decían que tenía anemia, anemia o sida y yo nada que ver con la enfermedad mía, tengo un síndrome (...) y yo necesito tomar "talidomía" (...) porque imagínate aparte que corro riesgo de vida. Por la pérdida de sangre, todo, ya tengo dos cesáreas ... y porque también muchos hijos y tenerlos mal es un pensamiento un poquito egoísta, los niños no son los mismos, no sé, yo por lo que veo en la escuela donde va el nene más grande, porque ahí tienen compañeritos que no van o que no tienen que comer, son 4 o 5 hermanitos y eso es feo, para mí por lo menos, no se que se yo, hay tantas formas de elegir, la forma de vivir y de todo que...

Julieta: no, arrepentida no, sino los cambios, no arrepentida. Por que yo pienso que esto es para salvarme yo, una cesárea más era yo o el bebe y tengo que criar los cuatro que tengo.

Lidia: y me contó una amiga que se la quería hacer, que ella se la quería hacer, y yo me fui al hospital y pregunté allá, y otra por que no se pagan, ni hablar si hay que pagar. Y como yo corría riesgo con los niños, por que yo del nene, de Gastón que es el que tiene 6 añitos casi me muero. Yo estuve muy mal, por que tuve hemorragias internas y no se dieron cuenta los médicos y yo casi no salgo de ahí.

Incluso las razones sociales, las condiciones extremas de pobreza cobran significación en razón de l@s hij@s

*Lidia: y yo me la hice una por temor a quedarme embarazada (...). Una por mi salud por que si me pasa algo, dejo todos estos niños ¿qué hago? No es lo mismo lo mismo que esté **la madre**, que me lo cuide mi suegra o mi mama, no, no y otra la situación, por que imagínate él no tiene trabajo, yo gano 150 \$, como hago para... mantener 4 niños, me las rebusco, pero (...) hay que pensarlo también, no es cuestión, a mí me da bronca cuando veo a las mujeres pidiendo con lo niñitos. O yo mi hijo mandarlo a trabajar no, por que para eso hay tantas cosas par cuidarse. Por que llenarte de hijos, si tenés todo, bueno en mi caso no dio resultado nada, pero tomé la opción que era para mí la correcta y para mi marido también.*

Nilda: si, yo amo a mis hijos, son todo lo que yo tengo, pero, me duele no tener a veces que darles de comer. Por que esa es la realidad, entonces, no considero justo que ellos tengan que sufrir necesidades, nada más por que él no pueda cuidarse, y traer hijos así con todo el amor por que son un acto de amor mis hijos, pero no es justo.

Cercadas de limitaciones vinculadas al registro en el cual es posible inscribir la propia experiencia, con un repertorio limitado respecto de sus posibilidades vitales las mujeres deben, además inscribir la decisión de LT en los marcos de las significaciones que la mayor parte de las religiones ofrece. En sus narraciones aparecen diversos registros, en los cuales el énfasis está puesto sobre la prohibición de realizar una práctica que pone fin a la equivalencia entre sexualidad y reproducción.

Julieta: Mis viejos se enojaron por que van a la iglesia, que es como un pecado, bueno ya estaba hecho, se lo dije después que me la hice. Acá todos saben lo que he pasado. Mi suegra me apoyó por que ella sabe como he pasado los embarazos, estaban todos de acuerdo. Él único que al principio le chocó, fue a mi marido, por que como yo no le había pedido autorización él, fue todo mío, mi suegra de testigo y la ginecóloga...

Las presiones son muchas, recurrentes y no sólo residen en el peso de jerarquía de la Iglesia Católica. El juicio social, la propia familia, l@s vecin@s formulan mil planteamientos que recurren sobre los mismos argumentos: las mujeres son “naturalmente” madres, real o potencialmente, sus cuerpos deben estar disponibles para ello. Sólo el duro registro de la “realidad concreta, la enfermedad, l@s hij@s, la pobreza justifica la decisión.

Nilda: eso si, por que no podíamos estar tranquilos y así y todo yo le comentaba al Dr. Que yo soy católica y el día antes que llamó la Lic. dice que si tenés dudas, llamame y esa noche me llamó una amiga mía que es catequista y me puso mil planteamientos. Yo decía ¡uy! Voy o no voy ¿qué hago? Mejor no voy. Bueno al otro día me levanto, y no había gas, no tenía leche, no, no puedo echarme atrás, por que yo tengo mis realidades concretas. Digo entonces, bueno a Dios yo creo que más no le puedo pedir. Y me dice mi amiga pensá en un método Billing, si, pero yo pienso, una vez te hace falta para que te quedes embarazada y le digo que con eso a lo mejor tenés una relación al mes y justo esa vez yo me quede embarazada, entonces no es así

En el caso de Gabriela el registro de la realidad opera como instancia crítica del mandato: Dios no puede querer su padecimiento ni el de sus hijos, que son los que “la necesitan”.

Gabriela: “Gracias a Dios tengo bien claro que Dios no me hizo una máquina de hacer hijos, si fallaron las otras cosas, bueno... no puedo poner siempre en riesgo mi vida, al final me trastorno y me desgasto yo y mis hijos me necesitan, eso lo tengo bien claro”

Aún así la religión no es el mayor obstáculo efectivo sino cuando encarna en las prácticas de l@s médic@s. Los relatos de Gabriela y de Zulma permite advertir de qué se trata:

Zulma: (quien narra una situación de cesárea de alto riesgo) cuando a mi me internaron la médica de guardia me pide la intervención de urgencia por la presión, estaba corriendo riesgo de salud mi bebe y programó todo. Cuando llego a la cirugía la anestesista, la Dra. González me dijo que ella no iba hacer la ligadura por que no estaba de acuerdo, incluso osó preguntarme en ese momento que yo estaba ahí con toda la angustia. Te imaginás yo , sabía todo el riesgo que corría y ella tuvo el tupé de decirme que estando de guardia no me iba hacer la cirugía por que ella no consideraba necesaria la ligadura. Incluso me dijo –Cuanto te habrán cobrado por esto- (...)El médico lo mandaron a llamar urgente y junto con otros colegas, armaron todo el equipo para que a mi me hicieran la ligadura. Encima se encontraron con un monton de problemas adentro de mi vientre. Por que yo tenía rotas las paredes de la piel por los embarazos tan seguidos, tuve un problema de bronquitis crónica que estuve 2 meses, lo que yo hacia par toser a mi se me habría la piel y tenia una hernia umbilical. Todo eso me tenia que hacer además de la ligadura. Entonces cuando el médico comenzó a practicar me dijo –mira gordita no se si se podrá hacer todo, 1º está el bebe, así que fue muy claro, el jefe de maternidad y el médico que me estaba tratando me dijeron mira vamos a tratar 1º la cesárea, si podemos la ligadura, (...) mi cirugía duró 4 horas

Gabriela : si, se me presentó obstáculos siempre por la Dra. Morchio, siempre, primero fue cuando le dije lo de la vasectomía. Me dijo -¿y quien le ha dicho de eso?-, como que era que se yo, no a mi me lo han explicado, -por que las cosas son ilegales y vos que venis...-, yo era el 9º embarazo, por que ya había tenido pérdidas, -que no, que vos has tenido partos espontáneos, que sos una mujer sana- y que se yo, -así que no, no tenés riesgo vos, tampoco no te la

van hacer-. Bueno pero háganme los papeles y díganme con quien tengo que hablar, -y que no te la van hacer así que perdes el tiempo-. Entonces cuando llega el momento hice hacer los papeles por cuenta mía acá, me fui a la TS, a la psicóloga todo lo que mas o menos me habían comentado que se hacia

Como es sabido la mayor parte de las prácticas de los servicios de ginecología y obstetricia están organizadas en torno de la maternidad. La maternidad, situada en un cierto sitio de significación congelada, en el centro de la escena de la vida de las mujeres como integrantes de la sociedad, ha estado y está ligada a las políticas de Estado y continúa ocupando el centro de las representaciones imaginarias acerca de la feminidad, incluso entre quienes portan posiciones flexibles. El discurso médico como estructura histórica, social e institucionalmente específica de producción de enunciados, cuyos términos, categorías y creencias, incluyen formas de organizar los modos de vida que no sólo definen quién está enfermo y quién no, sino que determinan que es lo correcto e incorrecto, lo permitido y prohibido sobre el comportamiento de cada sexo. Las especialidades médicas relacionadas con la ginecología y la obstetricia han tendido a reducir las mujeres a su útero, a la capacidad de embarazarse y parir convertida en un destino heteroregulado donde poco importan las experiencias de las mujeres concretas, sus condiciones efectivas de vida, la pobreza o la persistencia de la violencia sexual y la falta de una educación adecuada. La maternidad es, desde hace siglos una “experiencia sublime” y un mandato irrenunciable.

*“Yo creo que el paso de una mujer por la maternidad es una **experiencia única** es algo muy lindo siempre y cuando el **embarazo venga buscado** y la **paciente tenga una pareja estable** y sea deseado el **embarazo**, yo creo que es un **momento muy especial de la mujer**.” (Guillermo)*

*“**La maternidad es la Vida. asistiendo a un milagro**” (Diego)*

*“la maternidad para mi, es **lo más sublime** que puede haber, es testimonio viviente de los afectos de dos personas que están unidas y que se quieren y yo creo que **un hijo es lo mejor que pueden hacer los seres humanos**,” (José)*

*“Yo que pienso de la maternidad para mi es **un estado hermosísimo...**, **no veo la maternidad solamente como quién puede tener hijos** y me molesta mucho cuando la gente dice es adoptada, a mi realmente me molesta mucho” (Hilda).*

*“Para mi es **un momento sublime en la mujer**” (Cecilia).*

Esta definición de la maternidad (“experiencia única”, “sublime”, “la vida”, “un milagro”, “un estado hermosísimo”) opera efectos de naturalización y sacralización en cuyo nombre es posible ningunear la experiencia y la demanda real de las mujeres.

Adrienne Rich formula una distinción entre maternidad como una experiencia personal y la maternidad como institución que exige seguir este mandato, sacrificando si es necesaria la propia vida. Rich sostiene que estos dos significados de maternidad se encuentran interconectados, por un lado señala la experiencia de las mujeres con su capacidad reproductiva y con sus hij@s, y por otro, la maternidad como institución cuyo propósito es mantener a las mujeres bajo el control masculino. La institución de la maternidad, es el mecanismo por el cual se ha impedido a las mujeres tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas, ha mantenido a los varones alejados de las consecuencias de sus acciones sexuales y los ha liberado de la paternidad responsable, ha manteniendo a las mujeres subordinadas en el espacio estrecho de su hogar, y por lo tanto las ha mantenido alejada de

cualquier proyecto o desarrollo de potencialidades que no sea la maternidad. (Rich, Adrienne, 1986: 47).

La realización de entrevistas a profesionales de la salud nos permitió advertir y descubrir en sus discursos y sus prácticas concretas, observadas en sus lugares de trabajo, posiciones éticas y políticas que, si bien portan matices, refuerzan un modelo médico que se caracteriza por una concepción de la salud-enfermedad que les asigna el equívoco lugar de erigirse en quienes deben decidir sobre las capacidades reproductivas de las mujeres, apoyados en la recurrencia del mito sacrosanto de la maternidad.

Las mujeres, sin independencia económica, sin recursos subjetivos, sin estudios, visualizan la maternidad a menudo como única y exclusiva opción, como experiencia privilegiada. Aún así, habiendo sido educadas en normas y valores que modelan y refuerzan el sentido de “vivir” para otros, aún imaginando el matrimonio y l@s hij@s como su máxima realización, educadas para obedecer, desconfiando de sus decisiones, lo hacen, incluso cuando el sentido de lo realizado se inscriba en el marco previsible de la enfermedad y l@s hij@s.

Tomada la decisión las mujeres no dudan, ni retroceden, encuentran en los resquicios las razones para sostenerla e incluso deseirla para otras.

*Nilda: por que son muchos chicos y bueno.... cuando me enteré de esto **no lo dudé**, fui directamente. Como le decía el Dr. Varela me decía –te mereces una ligadura tubaria- y le digo –hace 10 años que pedí la ligadura.*

*Luciana: sí, muy así no más, lo único que me dijeron puntualmente –¿que pasa si te separas?- y tu otra pareja quiere tener más hijos, era lo que más me decía (...) después estuve con una asistente, una asistente social. Todos me preguntaban lo mismo, pero yo no sé, **por más que esté separada o que tenga otra pareja va a ser lo mismo***

*Julietta: sí, sí y el médico que me operó me dijo –no te vas a arrepentir- , no, no doctor lígueme por donde sea **no quiero tener más niños**, los amo a mis hijos, para mí los niños son lo más, pero, estaba ya...*

*Zulma: sí estoy a favor, soy católica... seguramente que Dios no va a estar en contra de eso. A **mi me dio mucha tranquilidad de haber tomado la decisión**. Yo creo que muchas mujeres tienen que tener la posibilidad de elegir conscientemente lo que es la ligadura tubaria y lo que puede significar, y saber muy bien lo que están haciendo...*

Como todos los procesos que involucran decisiones autónomas y prácticas basadas en la los pequeños márgenes de libertad posibles, las mujeres deben desafiar arbitrariedades e injusticias que se expresan en la mala calidad de los servicios, la burocracia, los prejuicios y actitudes negativas hacia las mujeres, la imposición de los puntos de vista de l@s profesionales incluso cuando las demandas son justas y plenamente atendibles.

La dificultad reside en que los derechos sexuales y reproductivos se hallan situados en una zona limítrofe permeadas por significaciones imaginarias y tramas de poder difíciles de visualizar, como las que gobiernan las relaciones de medicalización. La sacralización de la maternidad, la naturalización de la condición femenina y la medicalización del cuerpo de las mujeres son recursos que sostienen y consolidan el mito Mujer=Madre: naturalizando la exclusión de las mujeres del espacio público y reforzando su “natural afinidad” con el mundo privado y de los afectos. (Checa, Rosenberg, 1996, Fernández, 1994) Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos son

parte del ejercicio de la ciudadanía. Sobre los cuerpos se ejerce la dominación y se experimenta la dependencia, en el cuerpo se imprimen las experiencias y las historias de las mujeres. En este sentido la decisión de realizarse una LT constituye un derecho ciudadano que deben garantizarse. La apropiación de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos exige que el Estado, responsable de respetarlos y garantizarlos, ofrezca activamente herramientas para eliminar las múltiples barreras que los obstaculizan.

Lic. Rosana Rodríguez

Bibliografía

- ANZORENA, Claudia, **Las representaciones de la sexualidad femenina en el campo de las políticas públicas**, tesis de grado, UNCuyo, Facultad de Cs. Políticas y Sociales, Sociología, Mendoza, Agosto del 2002
- BALÁN, Jorge y RAMOS, Silvina, **La medicalización del Comportamiento Reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares**, Documento CEDES, N° 29, Buenos Aires, 1989.
- BELLUCCI, Mabel, “De los estudios de la mujer a los estudios de género, han recorrido un largo camino...”, en FERNÁNDEZ, Ana María, **Las mujeres en la imaginación colectiva**, Paidós, Buenos Aires, 1992.
- BLANCO, Luis, “Autonomía personal, esterilización electiva y planificación familiar”, en **Derecho de Familia**. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, N° 15, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1999.
- BROWN, Josefina, **Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos**, tesis de grado, , Facultad de ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo, Mendoza, 2001
- CALVERA, Leonor, **El género mujer**, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, 1982.
- CAMPAGNOLI, Mabel, “María Ester en el país de las pesadillas o de cómo rescatar nuestros cuerpos”, en **Aborto no punible: Concurso de ensayo “peligro para la vida y la salud de la madre”**, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires, 1997.
- CABRÉ, Monserrat y ORTÍZ, Teresa (Eds.) **“Sanadoras, matronas y médicas en Europa, s XII-XX”** , Icaria Mujeres y Cultura, Barcelona, 2001
- CAREAGA PÉREZ, G.; FIGUEROA, J. y MEJÍA, M. (comp.) “Introducción” en **Ética y Salud Reproductiva**, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México, 1998.
- CECCHETTO, Sergio, **“La Solución Quirúrgica. Derecho reproductivo y esterilización femenina permanente”**, AD-Hoc, Bueno Aires, 2004.
- CECCHETTO, Sergio, **Consentimiento del paciente informado: dificultades procedimentales**, CONICET, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2003.
- CECCHETTO, Sergio, **Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina**, CONICET, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2003.
- CECCHETTO, Sergio, “Prólogo” en URBANDT, Patricia, **Esterilización Femenina Voluntaria en el Hospital público**, Suárez, Mar del Plata, 2002.
- CHECA, S. y ROSEMBERG, M., **Abortos hospitalizados: un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos**, Ediciones El cielo por asalto, Buenos Aires, 1996.
- CIRIZA, Alejandra, “Democracia y ciudadanía de mujeres. Encrucijadas teóricas y políticas”, en **Teoría y Filosofía Política. La Tradición Clásica y las Nuevas Fronteras** compilado por Atilio Borón, EUDEBA, Buenos Aires, marzo de 1999.
- CIRIZA, Alejandra, “Consenso y desacuerdo. Los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos de las mujeres en Argentina”, en **CATOBLEPAS**, revista crítica del presente N° 9, pp.18. www.nodulo.org, 2002.
- COOK, Rebecca, “El feminismo y los cuatro principios éticos”, en **Ética y Salud Reproductiva**, Programa Universitario de Estudios de Género, 1° edición, UNAM, México, 1996.
- DE BARBIERI, Teresita, **Sobre la categoría género. Una introducción teórica-metodológica**, Debates en Sociología. N° 18, 1993.
- EHRENREICH, B., ENGLISH, D., **Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad**. Horas y horas, Madrid, 1981.
- FERNÁNDEZ, Ana María, “Introducción” en FERNÁNDEZ, Ana María, **Las mujeres en la imaginación colectiva**, Paidós, Buenos Aires, 1992,
- FERNÁNDEZ, Ana María, **La Mujer de la Ilusión**, Paidós, Buenos Aires, 1994.

- FERNÁNDEZ, Ana María, "Mujeres: historia de una discriminación" en **Discriminación de Género y Educación en la Argentina Contemporánea**, compilado por Eleonor Faur y Cecilia Lipszyc, INADI (Instituto Nacional Contra la Discriminación, UNICEF, Buenos Aires, 2003.
- GOGNA, M. y RAMOS, S., "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública", en **Perspectivas bioéticas en las Américas**, N° 2, FLACSO, Buenos Aires, 1996.
- GOGNA, M.; RAMOS, S. Y ROMERO M, **La salud reproductiva en la Argentina: estado de situación y problemas críticos**, en IV Jornadas argentinas de estudios de la población, Asociación de Estudios de Población de Argentina/Instituto de Investigaciones Geohistóricas-CONICET/Facultad de Humanidades, Resistencia, 1999.
- GONZALEZ de CHÁVEZ FERNÁNDEZ, María Asunción, **Cuerpo y Subjetividad femenina Salud y género**, Siglo XXI, España, 1993.
- GONZALEZ de CHÁVEZ FERNÁNDEZ, María Asunción, **Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico**, Biblioteca Nueva, Madrid, 1998.
- GUZMÁN, Virginia; RÍOS, Marcela, **Propuesta para un sistema de indicadores de género**. Consultoría CEM al Servicio Nacional de la Mujer. Santiago, Chile, junio de 1995.
- JELÍN, Elizabeth, **Las mujeres y la cultura ciudadana en América Latina**, UBA-CONICET, Buenos Aires, 1996.
- LLOVET, J. J. y RAMOS, S., "Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas", en **Ciencias Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas**, (edits) Hardy, E., Duarte Osis M. J. y Rodrigues Crespo, E., Campinas, CEMICAMP, Brasil. 1995.
- LLOVET, Juan José, "Transformaciones en la Profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo", en **Salud, Cambio Social y política, Perspectivas desde América Latina**, varios autores Coordinadores Bronfman Mario y Castro Roberto IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, Cocoyoc, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999.
- MACKLIN, Ruth, "**Ética y reproducción Humana: perspectivas internacionales**", en **Ética y Salud Reproductiva**, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, 1° edición, México, 1996.
- MAINETTI, José Alberto, **La transformación de la medicina**, Quirón, La Plata, 1992.
- MARSICO, Gaia, "**Bioética: voces de mujeres**", Narcea ediciones, Madrid, 2003.
- MENÉNDEZ, Eduardo, "Modelo Médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", **Cuadernos médico-sociales 33**, Rosario, 1985.
- MORLACHETTI, Alejandro, **Aspectos legales para la atención integral de salud de adolescentes y jóvenes**, Programa materno Infantil, sub.- programa salud integral del adolescente, Ministerio de Salud, Buenos Aires, 1999.
- NARI, Marcela, "**Políticas de Maternidad y maternalismo Político**", Editorial Biblos, Buenos Aires, 2004.
- PALMA, Zulema, "El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el contexto de la argentina democrática" en **Nuestros cuerpos nuestras vidas: propuestas para la promoción de los Derechos sexuales y reproductivos**, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires, 1997.
- PANTELIDES, Edith Alejandra, **La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo**, Centro de estudios de Población- CENEP, Buenos Aires, 1983.
- RAMOS, S, "El enfoque social de la maternidad", en **Por una maternidad sin riesgos**, (ed.) M. Bianco, FEIM, Buenos Aires, 1992.
- RAMOS, S. y GALIMBERTI, D.: "Mortalidad materna: problema de salud pública y problema ético, en **Temas de perinatología**, (ed.) E Korembli, Editores Ascune, Buenos Aires, 1995.
- RAMOS, S.; GOGNA, M. Y ROMERO, M., **Derechos reproductivos y sexuales: hacia la ampliación de la democracia**, en Jornada Preparatoria del Tribunal Permanente por los Derechos Humanos de las Mujeres a la Salud, , Foro Permanente por los Derechos de las Mujeres, Buenos Aires, 1997.

RAMOS, S. Y SZULIK, D., "Los derechos sexuales son derechos humanos", en **Ética, investigación y ciencias sociales, Programa Salud Reproductiva y Sociedad**, (edit) Macklin, R.; Luna, F.; Figueroa, J. G. y Ramos, Revista El Foro de PROAMBA, año III, N° 7, junio de, El Colegio de México, Ciudad de México, 2001.

RICH, Adrenne, **Nacemos de Mujer: la maternidad como experiencia e institución**, Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, España, 1986.

RODRÍGUEZ, Marcela, "La situación legal de los derechos reproductivos y sexuales en argentina", en **Nuestros cuerpos Nuestras Vidas: Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos**, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires, 1997.

RODRIGUEZ, Rosana, **La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos en torno del cuerpo de las mujeres**, tesis de grado, UNCuyo, Facultad de Cs. Políticas y Sociales, Sociología, noviembre del 2004.

ROSENBERG, Martha, "Malestar en el género y sujeto de la diferencia sexual", en **Actualidad psicológica**, junio de Año XIX N° 210, Buenos Aires, 1994.

ROSENBERG, Martha, "Maternidad e instinto Maternal", publicado en revista VIVA de Clarín, marzo de 2002.

ROSENBERG, Martha, "ONGs, feminismos latinoamericanos y movimientos sociales a 10 años de el Cairo", en **El Rodaballo** (revista de política y cultura), , Año X, N° 15. Buenos Aires, invierno de 2004.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo: "Introducción a la Ética", en **Ética y Salud Reproductiva**, (comp.) CAREAGA PÉREZ, G.; FIGUEROA, J. y MEJÍA, M. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México, 1998.

SCOTT, Joan: "De mujer a género: teoría, interpretación, y práctica feminista en las ciencias sociales", en **De mujer a género** (comp) Cecilia Cangiano y Lindsay Dubois, CEAL, Buenos Aires, 1993.

SHERWIN, Susan: "Ética, ética femenina y ética feminista", en **Ética y Salud Reproductiva**, (comp.) CAREAGA PÉREZ, G.; FIGUEROA, J. y MEJÍA, M., Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México, 1998.

TORRADO, Susana, **Procreación en la Argentina, Hechos e ideas**, .Ediciones de la Flor, Centro de estudios de la Mujer, Buenos Aires, 1993.

URBANDT, Patricia, **Esterilización Femenina Voluntaria en el Hospital público**, Suárez, Mar del Plata, 2002.

VARGAS, Virginia, **Ciudadanías globales y sociedades civiles globales. Pistas para el análisis**, Foro Social Mundial, Bibliotecas de las Alternativas, Brasil, 2001.

VIDELA, Mirta, Los derechos humanos en la Bioética: Nacer, vivir, enfermar y morir, Ad-Hoc, Buenos Aires, 1999.

Informes y Documentos

Pacto Internacional sobre derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de la Mujer, 1979.

Declaración de la Asociación Latinoamericana de Medicina (ALANAM) sobre Ética en Medicina. Aprobada la asociación latinoamericana de Academias de Medicina, Quito, 1983

Cumbre mundial sobre los Derechos Humanos, Viena, 1993

Conferencia Mundial sobre Desarrollo y Población, El Cairo 1994.

Cumbre Mundial sobre desarrollo, Copenhague, 1995.

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995

Leyes

Constitución Nacional Artículo 31

Constitución Nacional. Artículo 75, inciso 22

Constitución Nacional Artículo 75, inciso 23

Ley 6433, Programa Provincial de Salud Reproductiva, Mendoza.

Ley Nacional 25.673 Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Resolución N° 0307 Obra social empleados públicos.

Resolución N° 2492 Provincia de Mendoza, norma que permite realizar el procedimiento quirúrgico de ligadura de Trompas de Falopio en los hospitales públicos.

Ley N° 17132. Reglamentación del Ejercicio de la Medicina,

Ley N° 3450, Río Negro; Ley N° 533, Tierra del Fuego; Ley N° 4950, Chubut; Ley N° 2431, Neuquén; Ley N° 2079, La Pampa, Ley N° 2079 La Pampa, Ley N° 5409 Chaco, Ley 12 323 Santa Fe, Ley 7456 Mendoza. <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/7456.htm>,

http://www.cnm.gov.ar/leg_prov/sr/saludrep.htm, www.conders.org.ar.

Anexo 1

Para ilustrar los argumentos esgrimidos en contra y a favor del Proyecto de Ley de Contracepción quirúrgica presentaremos en el cuadro siguiente algunas de las expresiones vertidas en los debates rescatadas de los dos periódicos mendocinos más importantes *Diario Uno* y *Diario Los Andes*.

Argumentos	
En Contra	<p><i>No se puede solucionar problemáticas de índole social mediante procedimientos quirúrgicos. Además distrae recursos cuando son necesarios para otras cosas... Creo que la ley en sí es inútil porque los casos puntuales se pueden contemplar perfectamente sin necesidad de una ley general.</i> Sacerdote Ricardo Pobrete, del Comité Provincial de Bioética (Diario UNO, 5/12/2002:7)</p> <p><i>No sería ético permitir que se realice este tipo de operaciones por el sólo pedido de los pacientes... Cuando no existe ninguna causa médica no se justifica la intervención (...) Una persona no puede ir al médico y pedirle que le corte el dedo, solo porque no le gusta ya que yo no soy dueño de mi cuerpo.</i> Sacerdote Ricardo Pobrete, (Diario UNO, 4/3/2003:3).</p> <p><i>Si hay un órgano sano, hay que buscar otros medios antes de ir contra una parte de nuestro cuerpo que está bien, la propuesta de contracepción parece que debe pesar sólo sobre una mujer y el hombre se desentiende. La mutilación se la tiene que hacer una mujer.</i> Mirella Pizzuolo, Presidenta de la Sociedad Obstétrica Mendocina. (Diario UNO, 11/3/2003:10)</p> <p><i>Generar una mutilación o un impedimento de alguna función de un órgano, significa estar en contra de la vida y de los principios ideológicos que se definen como médicos.</i> Juan Carlos Miranda titular de la Federación Médica Mendocina, (Diario UNO, 11/3/2003:10)</p> <p><i>... no existen pruebas al respecto de estas prácticas que para algunos, resultarían discriminatorias ya que sólo accederían las clases pudientes,</i> Dr. Nicolás Frassinelli, Ex-presidente de Círculo Médico (Diario UNO, 18/3/2003:14).</p> <p><i>...otro aspecto, habitualmente no considerado pero quizá más trascendente que los efectos físicos de la contracepción quirúrgica, (son) las secuelas que se producen en la esfera psíquica y emocional (...). Resulta evidente que, más allá de lo racional, existe una profunda conexión entre el ser mujer y la fertilidad. La percepción de pérdida definitiva de la capacidad procreativa y la imposibilidad de decidir sobre una nueva experiencia de maternidad por el resto de sus vidas, genera en algunas mujeres un pesado vacío difícil de sobrellevar.</i> Dr. Martínez. Director del Instituto de Medicina Reproductiva de Mendoza (Diario UNO, 20/3 2003:19).</p> <p><i>Debemos considerar la repercusión social que puede conllevar la legalización irrestricta de la contracepción quirúrgicas, sobre todo como instrumento de determinadas políticas demográficas (...) que no responden a causas médicas genuinas. Sabemos de tristes experiencias en otros países (...) que han llevado a cabo campañas de esterilizaciones masivas, siempre sobre los grupos más necesitados, justamente aquellos que en la argumentación proselitista se pretendía favorecer.</i> Dr. Martínez, (Diario UNO, 20/3/2003:19)</p> <p><i>Muchos aspectos deben ser discutidos. Estamos legalizando lo que hasta ahora era un delito. En este sentido, más adelante vamos a autorizar el robo porque se ha transformado en uso y costumbre.</i> Ex senador Emilio Martínez del PJ. (Diario Los Andes, 20/3/2003).</p> <p><i>...Otros sostienen que es necesario blanquear la situación, ya que se realiza en forma privada. Ahora bien, el que de hecho se lo haga clandestinamente no justifica que el Estado lo autorice(...). Siguiendo igual lógica se tendría que promulgar una ley que permitiese, sobre todo a los sectores menos pudientes, la corrupción o el robo, porque de hecho también se realizan..También se afirma que la 'realidad' se impone, y uno no puede desconocerla. Es cierto, pero si nos rigiéramos por este criterio también es una 'realidad', el negociado, el soborno, el tráfico de drogas, el tráfico de personas (...) Reconocemos que la solución propuesta por la LT o vasectomía resulta atrayente (...) porque resulta muy pragmática y rápida. Sin embargo, no podemos dejar de advertir que soluciones pragmáticas en muchas ocasiones resultan perjudiciales a largo plazo para la misma persona humana. Hay un camino (...) ¡la educación de la persona humana, en un sentido integral! Sólo así las personas podrán vivir plenamente integrando todos los valores inherentes a su sexualidad.</i> Sacerdote R. Poblete, (Diario Los Andes, 26/05/2005)</p> <p><i>Estas leyes son funcionales a las políticas aplicadas a nivel internacional para el control poblacional. (...). Se esteriliza para eliminar a los pobres y no repartir las riquezas. Acá no está en juego una vida sino la posibilidad de desarrollo de una sociedad.</i> José Pozzoli, Especialista en políticas públicas. (Los Andes, 13/03/2005)</p> <p><i>Se trata de una ley para eliminar a los pobres, que aumentaría el número de cesáreas... no</i></p>

	<p><i>se informa adecuadamente a las mujeres y se las presiona durante el embarazo para que se ligen las trompas. La ligadura es irreversible y provoca hemorragias y menopausia precoz. Esto sobrecargaría los servicios y aumentaría los costos. Hay intereses políticos internacionales en impulsar este tipo de medidas. Nunca supe de una mujer que haya pedido una ligadura en los 20 años que estuve en el hospital Lagomaggiore. Fernández Medina tocoginecólogo y ex director de Maternidad e Infancia en la gestión de Bordón. (Los Andes, 13/03/2005)</i></p>
<p>A Favor</p>	<p><i>La LT es una operación de esterilización definitiva, si bien existen posibilidades de recanalización, es un método eficaz para evitar embarazos no deseados. Miguel Conocente, representante del Círculo Médico de General Alvear (Diario UNO, 25/3/2003)</i></p> <p><i>es una ley médicamente sin discusión, que no permite que le pongamos piedras en el camino y que tiene que salir (...) Se necesita una ley marco para que esto deje de ser delito, para que esta práctica se sincere y genere equidad entre los que tienen nivel económico y los que no lo tienen. Juan Carlos Ramirez, jefe del Círculo Médico alvearense (Diario UNO, 25/3/2003:14)</i></p> <p><i>El código Penal dice que estas operaciones constituyen una lesión gravísima. La ley tiene que estar bien hecha para que un juez loco no pueda meter presos a los médicos. Jorge Dávila, representante del Círculo Médico del Este(Diario UNO, 25/3/2003:14)</i></p> <p><i>...una ley como esta es muy buena por la incidencia que va a tener en la salud mental de la gente que lo necesita... Porque este tipo de operaciones en realidad siempre tuvo más limitaciones económicas que de otro tipo. Esto colabora en la salud sexual y reproductiva, aunque hay que analizar cada circunstancia, me parece bien que se le facilite el acceso a toda la población Dr. Carlos Cardello del Programa Provincial de Maternidad e Infancia (Diario UNO, 5 /12/ 2002:7)</i></p> <p><i>...el consultorio de LT tiene muchas resistencias, porque los casos psicosociales son duramente cuestionados por los médicos, no se logra un consenso sobre la concepción de salud, porque el que está en riesgo de indigencia también sufre otras enfermedades. Lic. Marcela Ojeda, Programa de Salud Reproductiva(Intervención en las Jornadas Interdisciplinarias, 8/4/2003)</i></p> <p><i>...si la indicación terapéutica es exclusivamente médica, entonces hay que incluir la perspectiva social, hay ver lo integral, dejar de lado los discursos hegemónicos desde cualquier disciplina. Dra. Adriana Rodríguez, jueza de Familia. (Intervención en las Jornadas Interdisciplinarias, 8/4/2003)</i></p> <p><i>...es un proyecto de género de avanzada, porque introduce la participación de hombres y mujeres. Graciela Herranz, ex directora del Instituto de Políticas Públicas para la Equidad entre Hombres y Mujeres (IPPHM) y ahora senadora radical. (Diario UNO, 11/3/2003:10).</i></p> <p><i>Yo creo que se deben facilitar los derechos de quienes no pueden ejercerlos. Pero hay gente reaccionaria que perdió en la discusión de la ley de Salud reproductiva y ahora quiere evitar que se siga avanzando en el tema. Marcelino Iglesias titular de la OSEP (Diario UNO, 11/3/2003:10).</i></p> <p><i>...el proyecto de ley, (...), es para mi un antecedente muy valioso en el camino de los derechos personalísimos, en la lucha por la verdadera equidad entre mujeres y hombres, en la verdadera igualdad de oportunidades entre los que hoy pueden pagar un servicio de salud y los que no pueden hacerlo. Liliana Mirábile, ex senadora (Diario UNO, 21/3/2003:19).</i></p> <p><i>...las leyes deben dar libertad para que cada cual decida cuantos hijos tener. En los barrios pobres hay poco acceso a la educación sexual. Mujeres del Barrio La Favorita, de Capital (Diario UNO, 4/3/2003:3)</i></p> <p><i>... la normativa actual es vetusta y que sólo permite que se ligen las trompas mujeres que como mínimo han probado todos los demás métodos anticonceptivos y que han fracasado. Además de tener una patología que justifique la operación, por ejemplo cardiopatía, lupus, o sida, y también tener una edad que el médico considere adecuada, generalmente más de 30 años. Silvia Kram sexóloga involucrada en el Consultorio de LT del Hospital Lagomaggiore. (Intervención en las Jornadas Interdisciplinarias 8/4/2003)</i></p> <p><i>...porque habilita también a los varones a realizarse la vasectomía, esto es central, es una cuestión de equidad, se deben cumplir los principios bioéticos de equidad y justicia. Liliana Barg, ex coordinadora del Programa de Salud Reproductiva (Jornadas Interdisciplinarias)</i></p> <p><i>...Nosotras que conocemos los embarazos no deseados, las que tenemos más de cuatro hijos y llevamos cuatro meses de embarazo, que son cuatro meses de llanto y depresión ¿cómo vamos a hacer para mantenerlos? Mujeres de 28 años envejecidas..., si no evitamos que más chicos sigan naciendo, tendremos más madres adolescentes que terminan abortando, con esta crisis, el trabajo es un milagro y traer más chicos es exponerlo a necesidades y a miserias. Necesitamos la aprobación de la ley, nuestro cuerpo no tiene color político ni religioso, tenemos derecho a una sexualidad plena sin preocuparnos por la eficacia de otros métodos. Miriam Fernández de “Madres de Robles” del B° La Favorita de capital (Jornadas Interdisciplinarias 8/4/2003)</i></p> <p><i>...la LT no es un procedimiento ilegal, es un derecho, la intervención quirúrgica debe estar incluida en el Programa de Salud Reproductiva. Nadie puede decidir por nosotras Elsa Pizza,</i></p>

CLADEM (Jornadas Interdisciplinarias 8/4/2003)

El marco legal que se está proponiendo en la actual ley, incluye LT y vasectomía, permitiendo incluir a los varones y hacerlos partícipes y responsables de los cuidados anticonceptivos, responsabilidad que por lo general recae exclusivamente en las mujeres. La sanción de la Ley es fundamental para poder igualar entre aquellas mujeres que pueden pagar en el sistema privado sin sufrir ningún tipo de obstáculos y aquellas mujeres de escasos recursos que deben recurrir a los centros asistenciales de salud pública, donde se le presentan miles de impedimentos. Las Juanas y las otras, (Diario Los Andes, Nota de Opinión, 30/5/2005).

Discutimos como si todas las mujeres fueran a ser llevadas al quirófano. Lo que acá no se ha dicho es que esto no es obligatorio. Tampoco hay antecedentes de médicos que hayan ido a la Justicia por una ligadura. Las personas tienen derecho a una planificación familiar. Gerardo Soria, senador de la UCR (Diario Los Andes 9/11/2005)

Anexo 2

Datos Personales Procedencia de las mujeres

		LOCALIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CAPITAL	60	9,4	9,4	9,4
	GODOY CRUZ	97	15,1	15,2	24,6
	GUAYMALLÉN	165	25,7	25,9	50,5
	LAS HERAS	198	30,9	31,0	81,5
	MAIPÚ	37	5,8	5,8	87,3
	LUJÁN	38	5,9	6,0	93,3
	ZONA ESTE (LAS PAZ, SAN MARTÍN, JUNIN, SANTA ROSA, RIVADAV	14	2,2	2,2	95,5
	LAVALLE	26	4,1	4,1	99,5
	VALLE DE UCO (TUPUNG, TUNUY, SAN CARLOS)	3	,5	,5	100,0
	Total	638	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,5		
Total		641	100,0		

Edad:

Edad al momento en que se realizó la ligadura				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v. válido	Porcentaje acumulado
Válidos	-50	1	,2	,3
	21	1	,2	,5
	22	1	,2	,8
	23	1	,2	,3
	24	3	,5	1,0
	25	4	,6	1,8
	26	4	,6	2,8
	27	5	,8	3,9
	28	14	2,2	5,2
	29	12	1,9	7,1
	30	24	3,7	10,8
	31	21	3,3	14,1
	32	29	4,5	18,6
	33	26	4,1	22,7
	34	35	5,5	28,2
	35	35	5,5	33,7
	36	34	5,3	39,0
	37	22	3,4	42,4
	38	23	3,6	46,0
	39	26	4,1	50,1
	40	23	3,6	53,7
	41	10	1,6	55,3
	42	11	1,7	57,0
	43	11	1,7	58,7
	44	5	,8	59,5
	45	1	,2	59,7
	46	4	,6	60,3
	48	1	,2	60,5
	52	1	,2	60,7
	Total	388	60,5	100,0
Perdidos	Sistema	253	39,5	
Total		641	100,0	

Estadísticos

Edad al momento en que se realizó la ligadura	
N	Válidos
	387
	Perdidos
	61
Media	34,73
Mediana	35,00
Moda	34 ^a

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Ocupación

OCUPACIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v. válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMA DE CASA	392	61,2	70,5
	SERVICIO DOMÉSTICO	18	2,8	73,7
	PLAN JEFAS	98	15,3	89,0
	PLAN FAMILIA	22	3,4	92,4
	OBRERA RURAL	2	,3	92,7
	CHANGAS	7	1,1	93,8
	EMPLEADA PÚBLICA 8			
	DOCENTE, ENFERMERA, ADMINISTRATIVA)	6	,9	94,7
	OTROS (VENDEDORA, PELUQUERA,)	11	1,7	96,4
	Total	556	86,7	100,0
Perdidos	Sistema	85	13,3	
Total		641	100,0	

Situación social de las mujeres

Hacinamiento

HACINAMIENTO-

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE	280	62,5	62,5	62,5
	SI TIENE	168	37,5	37,5	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Vivienda

Vivienda

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	casa o Dpto.	341	76,1	76,1	76,1
	viv.precaria	87	19,4	19,4	95,5
	establec. no destinado a vivienda	20	4,5	4,5	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Régimen de Tenencia de la Vivienda

TENENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PROPIETARIA	133	29,7	29,7	29,7
	ALQUILA	47	10,5	10,5	40,2
	FISCAL	32	7,1	7,1	47,3
	CEDIDA	138	30,8	30,8	78,1
	OTROS	98	21,9	21,9	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Relación Vivienda y Régimen de Tenencia

Tabla de contingencia: Vivienda y régimen de Tenencia

			TENENCIA					Total
			PROPIETARIA	ALQUILA	FISCAL	CEDIDA	OTROS	
Vivienda2	casa o Dpto.	Recuento	123	39	10	112	57	341
		% de Vivienda2	36,1%	11,4%	2,9%	32,8%	16,7%	100,0%
		% de TENENCIA	92,5%	83,0%	31,3%	81,2%	58,2%	76,1%
	viv.precaria	Recuento	8	7	21	19	32	87
		% de Vivienda2	9,2%	8,0%	24,1%	21,8%	36,8%	100,0%
		% de TENENCIA	6,0%	14,9%	65,6%	13,8%	32,7%	19,4%
	establec. no destinado a vivienda	Recuento	2	1	1	7	9	20
		% de Vivienda2	10,0%	5,0%	5,0%	35,0%	45,0%	100,0%
		% de TENENCIA	1,5%	2,1%	3,1%	5,1%	9,2%	4,5%
Total		Recuento	133	47	32	138	98	448
		% de Vivienda2	29,7%	10,5%	7,1%	30,8%	21,9%	100,0%
		% de TENENCIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Baño

BAÑO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INSTALADO	298	66,5	66,7	66,7
	PRECARIO	109	24,3	24,4	91,1
	SIN BAÑO	39	8,7	8,7	99,8
	13	1	,2	,2	100,0
	Total	447	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
	Total	448	100,0		

Agua Potable

AGUA POTABLE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE	46	10,3	10,3	10,3
	TIENE	402	89,7	89,7	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Electricidad

ELECTRICIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE	40	8,9	8,9	8,9
	TIENE	408	91,1	91,1	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Gas en red

GAS RED

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE	332	74,1	74,1	74,1
	TIENE	116	25,9	25,9	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Gas envasado

GAS ENVASADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE	185	41,3	41,3	41,3
	TIENE	263	58,7	58,7	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Relación Gas en red y gas envasado

Tabla de contingencia GAS RED * GAS ENVASADO

			GAS ENVASADO		Total
			NO TIENE	TIENE	
GAS RED	NO TIENE	Recuento	70	262	332
		% de GAS RED	21,1%	78,9%	100,0%
		% de GAS ENVASADO	37,8%	99,6%	74,1%
	TIENE	Recuento	115	1	116
		% de GAS RED	99,1%	,9%	100,0%
		% de GAS ENVASADO	62,2%	,4%	25,9%
Total		Recuento	185	263	448
		% de GAS RED	41,3%	58,7%	100,0%
		% de GAS ENVASADO	100,0%	100,0%	100,0%

Relación tipo de cirugías y vivienda

Tabla de contingencia tipo de cirugía y vivienda

Recuento		Vivienda2			Total
		casa o Dpto.	viv. precaria	establoc. no destinado a vivienda	
tipo_cirugia	CESAREAS	180	57	12	249
	LAPAROTOMIA	148	28	8	184
	MINILAPAROTOMIA	10	1		11
	HISTERECTOMIA	3	1		4
Total		341	87	20	448

Total de convivientes

Total Conviviente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	uniparental	18	4,0	4,0	4,0
	2 a 3 integrantes	20	4,5	4,5	8,5
	4 a 5 integrantes	116	25,9	26,1	34,6
	6 q 7 integrantes	199	44,4	44,7	79,3
	más de 8 integrantes	92	20,5	20,7	100,0
	Total	445	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,7		
Total		448	100,0		

Estrato Social

NIVEL SOCIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		29	4,5	4,5	4,5
	A SUPERIOR	2	,3	,3	4,8
	B ALTO	2	,3	,3	5,1
	C MEDIANO	16	2,5	2,5	7,6
	D BAJA	118	18,4	18,4	26,1
	E INDIGENTE	474	73,9	73,9	100,0
	Total	641	100,0	100,0	

Ingresos

Estadísticos

Ingresos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin ingresos	115	17,9	18,0	18,0
	menos de 150	117	18,3	18,3	36,3
	151-300	222	34,6	34,7	70,9
	301-500	140	21,8	21,9	92,8
	501-700	27	4,2	4,2	97,0
	701-1000	14	2,2	2,2	99,2
	1001-1500	4	,6	,6	99,8
	1501 y más	1	,2	,2	100,0
	Total	640	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		641	100,0		

INGRESO		
	Válidos	Perdidos
N	640	1
Media	248,90	
Mediana	215,00	
Moda	0	
Desv. típ.	205,32	
Varianza	42156,19	
Mínimo	0	
Máximo	1650	
Suma	159297	
Percentiles	25	136,25
	50	215,00
	75	350,00

INGRESO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	115	17,9	18,0
	20	1	,2	18,1
	35	1	,2	18,3
	50	2	,3	18,6
	60	1	,2	18,8
	80	4	,6	19,4
	90	1	,2	19,5
	100	20	3,1	22,7
	115	1	,2	22,8
	120	11	1,7	24,5
	130	1	,2	24,7
	135	2	,3	25,0
	140	3	,5	25,5
	150	69	10,8	36,3
	160	2	,3	36,6
	165	1	,2	36,7
	170	4	,6	37,3
	175	3	,5	37,8
	180	5	,8	38,6
	190	2	,3	38,9
	200	69	10,8	49,7
	205	1	,2	49,8
	210	1	,2	50,0
	220	2	,3	50,3
	230	4	,6	50,9
	238	1	,2	51,1
	240	4	,6	51,7
	250	44	6,9	58,6
	260	2	,3	58,9
	270	1	,2	59,1
	275	1	,2	59,2
	280	4	,6	59,8
	290	2	,3	60,2
	294	1	,2	60,3
	295	1	,2	60,5
	300	67	10,5	70,9
	307	1	,2	71,1
	310	1	,2	71,3
	320	4	,6	71,9
	330	1	,2	72,0
	340	3	,5	72,5
	345	1	,2	72,7
	350	45	7,0	79,7
	360	2	,3	80,0
	370	4	,6	80,6
	380	2	,3	80,9
	400	35	5,5	86,4
	410	1	,2	86,6
	420	1	,2	86,7
	425	1	,2	86,9
	430	2	,3	87,2
	450	10	1,6	88,8
	460	1	,2	88,9
	470	1	,2	89,1
	475	2	,3	89,4
	480	1	,2	89,5
	496	1	,2	89,7
	500	20	3,1	92,8
	520	1	,2	93,0
	522	1	,2	93,1
	525	1	,2	93,3
	530	1	,2	93,4
	540	1	,2	93,6
	550	3	,5	94,1
	570	1	,2	94,2
	580	1	,2	94,4
	600	11	1,7	96,1
	630	1	,2	96,3
	650	2	,3	96,6
	675	1	,2	96,7
	700	2	,3	97,0
	720	2	,3	97,3
	750	5	,8	98,1
	760	2	,3	98,4
	800	1	,2	98,6
	900	2	,3	98,9
	1000	2	,3	99,2
	1095	1	,2	99,4
	1200	1	,2	99,5
	1300	1	,2	99,7
	1500	1	,2	99,8
	1650	1	,2	100,0
Total	640	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2	
Total	641	100,0		

Relación Nivel educativo de las mujeres y cantidad e convivientes.

Tabla de contingencia: Nivel educativo y Total Conviviente

			Total Conviviente					Total
			uniparental	2 a 3 integrantes	4 a 5 integrantes	6 a 7 integrantes	más de 8 integrantes	
nivel educativo	Nivel Bajo	Recuento	15	13	78	180	101	387
		% de nivel educativo	3,9%	3,4%	20,2%	46,5%	26,1%	100,0%
		% de Total Conviviente	57,7%	59,1%	51,0%	64,5%	77,1%	63,3%
	Nivel Medio	Recuento	10	8	67	92	28	205
		% de nivel educativo	4,9%	3,9%	32,7%	44,9%	13,7%	100,0%
		% de Total Conviviente	38,5%	36,4%	43,8%	33,0%	21,4%	33,6%
	Nivel Alto	Recuento	1	1	8	7	2	19
		% de nivel educativo	5,3%	5,3%	42,1%	36,8%	10,5%	100,0%
		% de Total Conviviente	3,8%	4,5%	5,2%	2,5%	1,5%	3,1%
Total		Recuento	26	22	153	279	131	611
		% de nivel educativo	4,3%	3,6%	25,0%	45,7%	21,4%	100,0%
		% de Total Conviviente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relación Nivel educativo de las mujeres y cantidad e hij@s

Tabla de contingencia nivel educativo * Cantidad de Hijos/as

			Cantidad de Hijos/as				Total
			Ninguno	uno-dos	tres-cinco	seis v más	
nivel educativo	Nivel Bajo	Recuento	76	27	145	142	390
		% de nivel educativo	19,5%	6,9%	37,2%	36,4%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	65,0%	43,5%	57,8%	77,2%	63,5%
	Nivel Medio	Recuento	39	29	98	39	205
		% de nivel educativo	19,0%	14,1%	47,8%	19,0%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	33,3%	46,8%	39,0%	21,2%	33,4%
	Nivel Alto	Recuento	2	6	8	3	19
		% de nivel educativo	10,5%	31,6%	42,1%	15,8%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	1,7%	9,7%	3,2%	1,6%	3,1%
Total		Recuento	117	62	251	184	614
		% de nivel educativo	19,1%	10,1%	40,9%	30,0%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos Gineco- Obstétricos

Cirugía

cirugia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No se realizó cirugía	191	29,8	29,9	29,9
	Cirugía LT realizada	448	69,9	70,1	100,0
	Total	639	99,7	100,0	
Perdidos		2	,3		
Total		641	100,0		

Tipo de cirugías realizadas

Tabla de contingencia cirugia3 * tipo_cirugia

			tipo_cirugia				Total
			CESAREAS	LAPAROTOMIA	MINILAPAROTOMIA	HISTERECTOMIA	
cirugia3	Cirugía LT realizada	Recuento	249	184	11	4	448
		% de tipo_cirugia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	249	184	11	4	448
		% de tipo_cirugia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relación tipo de cirugía y enfermedades

Tabla de contingencia: Enfermedades y Tipo de cirugía

			tipo_cirugia				Total
			CESAREAS	LAPAROTOMIA	MINILAPAROTOMIA	HISTERECTOMIA	
enfermedades	No Posee	Recuento	92	64	1		157
		% de enfermedades	58,6%	40,8%	,6%		100,0%
	Tiene alguna enfermedad	Recuento	157	120	10	4	291
		% de enfermedades	54,0%	41,2%	3,4%	1,4%	100,0%
Total		Recuento	249	184	11	4	448
		% de enfermedades	55,6%	41,1%	2,5%	,9%	100,0%

Relación cirugía y Nivel de instrucción

Tabla de contingencia: Cirugía y Nivel educativo

			nivel educativo			Total
			Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	
cirugia3	Cirugía LT realizada	Recuento	272	144	19	435
		% de cirugia3	62,5%	33,1%	4,4%	100,0%
Total		Recuento	272	144	19	435
		% de cirugia3	62,5%	33,1%	4,4%	100,0%

Tiempo de demora del trámite de LT

Tiempo de demora

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	antes de 12 meses	301	67,2	79,0	79,0
	después de los 12 meses	80	17,9	21,0	100,0
	Total	381	85,0	100,0	
Perdidos	Sistema	67	15,0		
Total		448	100,0		

Relación Cirugía y ocupación de las mujeres

Tabla de contingencia: Cirugía y Ocupación

			OCUPACIÓN 2							Total	
			AMA DE CASA	SERVICIO DOMÉSTICO	PLAN JEFAS	PLAN FAMILIA	OBRAERA RURAL	CHANGAS	EMPLEADA PÚBLICA		OTROS
cirugia3	Cirugía LT realizada	% de cirugia3	67,4%	2,2%	21,4%	5,1%	,2%	1,0%	,7%	1,9%	100,0%
	% de OCUPACIÓN 2		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	% de cirugia3		67,4%	2,2%	21,4%	5,1%	,2%	1,0%	,7%	1,9%	100,0%
	% de OCUPACIÓN 2		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relación cirugía y embarazo

Tabla de contingencia: Cirugía y EMBARAZO

			EMBARAZO			Total
			NO ESTÁ EMBARAZADA	EMBARAZADA	2	
cirugia3	No se realizó cirugía	Recuento	31	159	1	191
	% de cirugia3		16,2%	83,2%	,5%	100,0%
	% de EMBARAZO		13,4%	39,3%	33,3%	29,9%
	Cirugía LT realizada	Recuento	200	246	2	448
	% de cirugia3		44,6%	54,9%	,4%	100,0%
	% de EMBARAZO		86,6%	60,7%	66,7%	70,1%
Total	Recuento		231	405	3	639
	% de cirugia3		36,2%	63,4%	,5%	100,0%
	% de EMBARAZO		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cantidad de Partos

Cantidad de Partos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	146	22,8	22,8	22,8
	uno a dos	81	12,6	12,7	35,5
	tres a cinco	202	31,5	31,6	67,0
	seis o más	211	32,9	33,0	100,0
	Total	640	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		641	100,0		

Estadísticos

PARTOS		
N	Válidos	640
	Perdidos	3
Media		4,02
Mediana		4,00
Moda		0

Cantidad de Partos con filtro para las que no han tenido alumbramientos mediante parto normal.

PARTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	33	6,7	6,7	6,7
	2	48	9,7	9,7	16,4
	3	64	13,0	13,0	29,4
	4	67	13,6	13,6	42,9
	5	71	14,4	14,4	57,3
	6	58	11,7	11,7	69,0
	7	56	11,3	11,3	80,4
	8	44	8,9	8,9	89,3
	9	22	4,5	4,5	93,7
	10	15	3,0	3,0	96,8
	11	8	1,6	1,6	98,4
	12	6	1,2	1,2	99,6
	13	2	,4	,4	100,0
Total		494	100,0	100,0	

Estadísticos

PARTOS

N	Válidos	494
	Perdidos	0
Media		5,20
Mediana		5,00
Moda		5

Relación de partos y cesáreas

Tabla de contingencia PARTOS * cesárea2

		cesárea2			Total
		0	1 a 2	3 ó +	
PARTOS 0	Recuento	7	36	103	146
	% de PARTOS	4,8%	24,7%	70,5%	100,0%
	% de cesárea2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	7	36	103	146
	% de PARTOS	4,8%	24,7%	70,5%	100,0%
	% de cesárea2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cesáreas

cesárea					Estadísticos		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	CANTIDAD DE CESÁREAS		
Válidos	0	326	50,9	50,9	N	Válidos	640
	1 a 2	164	25,6	25,6		Perdidos	1
	3 ó +	150	23,4	23,4	Media		1,26
	Total	640	99,8	100,0	Mediana		,00
Perdidos	Sistema	1	,2		Moda		0
Total		641	100,0				

CANTIDAD DE CESÁREAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	326	50,9	50,9	50,9
	1	94	14,7	14,7	65,6
	2	70	10,9	10,9	76,6
	3	72	11,2	11,3	87,8
	4	42	6,6	6,6	94,4
	5	27	4,2	4,2	98,6
	6	7	1,1	1,1	99,7
	7	2	,3	,3	100,0
	Total	640	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		641	100,0		

Cesáreas con filtro para las que no han tenido partos de este tipo

CANTIDAD DE CESÁREAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	94	29,9	29,9	29,9
	2	70	22,3	22,3	52,2
	3	72	22,9	22,9	75,2
	4	42	13,4	13,4	88,5
	5	27	8,6	8,6	97,1
	6	7	2,2	2,2	99,4
	7	2	,6	,6	100,0
	Total	314	100,0	100,0	

Estadísticos

CANTIDAD DE CESÁREAS

N	Válidos	314
	Perdidos	0
Media		2,58
Mediana		2,00
Moda		1

Aborto espontáneo, con filtro para las mujeres que no han sufrido un aborto.

ABORTO ESPONTÁNEO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	164	60,1	60,1	60,1
	2	64	23,4	23,4	83,5
	3	29	10,6	10,6	94,1
	4	9	3,3	3,3	97,4
	5	6	2,2	2,2	99,6
	6	1	,4	,4	100,0
	Total	273	100,0	100,0	

N°EMBARA

Estadísticos
ABORTO ESPONTÁNEO

N	Válidos	273
	Perdidos	0
Media		1,65
Mediana		1,00
Moda		1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	,3	,3
	1	7	1,1	1,4
	2	20	3,1	4,5
	3	41	6,4	10,9
	4	80	12,4	23,4
	5	98	15,2	38,8
	6	102	15,9	54,7
	7	71	11,0	65,8
	8	69	10,7	76,6
	9	55	8,6	85,2
	10	30	4,7	89,8
	11	29	4,5	94,4
	12	14	2,2	96,6
	13	8	1,2	97,8
	14	9	1,4	99,2
	15	2	,3	99,5
	17	1	,2	99,7
	19	1	,2	99,8
	23	1	,2	100,0
Total	640	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,5	
Total		643	100,0	

Números de embarazos. (Indicador obtenido de la sumatoria de: partos normales + cesáreas + abortos provocados + abortos espontáneos + embarazo actual)

Estadísticos

N°EMBARA

N	Válidos	640
	Perdidos	3
Media		6,63
Mediana		6,00
Moda		6

Cantidad de Hij@s

Cantidad de Hijos/as

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	125	19,5	19,5
	uno-dos	62	9,7	29,2
	tres-cinco	262	40,9	70,2
	seis y más	191	29,8	100,0
Total		640	99,8	
Perdidos	Sistema	1	,2	
Total		641	100,0	

Cantidad de partos y cantidad de hij@s

Tabla de contingencia Cantidad de Partos * Cantidad de Hijos/as

Recuento	Cantidad de Hijos/as				Total	
	Ninguno	uno-dos	tres-cinco	seis y más		
Cantidad de Partos	Ninguno	38	34	69	5	146
	uno a dos	17	25	34	5	81
	tres a cinco	32	2	145	23	202
	seis o más	38	1	14	158	211
Total		125	62	262	191	640

Tabla de contingencia Cantidad de Partos * Cantidad de Hijos/as

		Recuento	Cantidad de Hijos/as				Total
			Ninguno	uno-dos	tres-cinco	seis y más	
Cantidad de Partos	Ninguno	Recuento	38	34	69	5	146
		% de Cantidad de Partos	26,0%	23,3%	47,3%	3,4%	100,0%
	uno a dos	% de Cantidad de Hijos/as	30,4%	54,8%	26,3%	2,6%	22,8%
		Recuento	17	25	34	5	81
	% de Cantidad de Partos	21,0%	30,9%	42,0%	6,2%	100,0%	
	% de Cantidad de Hijos/as	13,6%	40,3%	13,0%	2,6%	12,7%	
tres a cinco	Recuento	32	2	145	23	202	
	% de Cantidad de Partos	15,8%	1,0%	71,8%	11,4%	100,0%	
	% de Cantidad de Hijos/as	25,6%	3,2%	55,3%	12,0%	31,6%	
seis o más	Recuento	38	1	14	158	211	
	% de Cantidad de Partos	18,0%	,5%	6,6%	74,9%	100,0%	
	% de Cantidad de Hijos/as	30,4%	1,6%	5,3%	82,7%	33,0%	
	Total	Recuento	125	62	262	191	640
	% de Cantidad de Partos	19,5%	9,7%	40,9%	29,8%	100,0%	
	% de Cantidad de Hijos/as	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cantidad de hij@s

Cantidad de Hijos/as

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	125	19,5	19,5	19,5
	uno-dos	62	9,7	9,7	29,2
	tres-cinco	262	40,9	40,9	70,2
	seis y más	191	29,8	29,8	100,0
	Total	640	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		641	100,0		

Cantidad de partos y Cesáreas

Tabla de contingencia Cantidad de Partos * cesárea2

			cesárea2			Total
			0	1 a 2	3 ó +	
Cantidad de Partos	Ninguno	Recuento	3	31	79	113
		% de Cantidad de Partos	2,7%	27,4%	69,9%	100,0%
		% de cesárea2	1,4%	24,6%	71,2%	25,2%
	uno a dos	Recuento	18	26	19	63
		% de Cantidad de Partos	28,6%	41,3%	30,2%	100,0%
		% de cesárea2	8,5%	20,6%	17,1%	14,1%
	tres a cinco	Recuento	84	36	11	131
		% de Cantidad de Partos	64,1%	27,5%	8,4%	100,0%
		% de cesárea2	39,8%	28,6%	9,9%	29,2%
	seis o más	Recuento	106	33	2	141
		% de Cantidad de Partos	75,2%	23,4%	1,4%	100,0%
		% de cesárea2	50,2%	26,2%	1,8%	31,5%
Total		Recuento	211	126	111	448
		% de Cantidad de Partos	47,1%	28,1%	24,8%	100,0%
		% de cesárea2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relación de mujeres con cero partos normales y cantidad de cesáreas

Tabla de contingencia PARTOS * cesárea2

			cesárea2			Total
			0	1 a 2	3 ó +	
PARTOS 0		Recuento	7	36	103	146
		% de PARTOS	4,8%	24,7%	70,5%	100,0%
		% de cesárea2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	7	36	103	146
		% de PARTOS	4,8%	24,7%	70,5%	100,0%
		% de cesárea2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hij@s viv@s

hijos/as vivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	13	2,5	2,5	2,5
	2	49	9,5	9,5	12,0
	3	75	14,6	14,6	26,6
	4	104	20,2	20,2	46,8
	5	83	16,1	16,1	62,9
	6	63	12,2	12,2	75,1
	7	49	9,5	9,5	84,7
	8	38	7,4	7,4	92,0
	9	23	4,5	4,5	96,5
	10	8	1,6	1,6	98,1
	11	6	1,2	1,2	99,2
	12	4	,8	,8	100,0
	Total		515	100,0	100,0

Relación Nivel educativo y cantidad de hij@s de las mujeres

Tabla de contingencia nivel educativo * Cantidad de Hijos/as

			Cantidad de Hios/as				Total
			Ninguno	uno-dos	tres-cinco	seis y más	
niv el educativo	Niv el Bajo	Recuento	76	27	145	142	390
		% de nivel educativo	19,5%	6,9%	37,2%	36,4%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	65,0%	43,5%	57,8%	77,2%	63,5%
	Niv el Medio	Recuento	39	29	98	39	205
		% de nivel educativo	19,0%	14,1%	47,8%	19,0%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	33,3%	46,8%	39,0%	21,2%	33,4%
	Niv el Alto	Recuento	2	6	8	3	19
		% de nivel educativo	10,5%	31,6%	42,1%	15,8%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	1,7%	9,7%	3,2%	1,6%	3,1%
Total		Recuento	117	62	251	184	614
		% de nivel educativo	19,1%	10,1%	40,9%	30,0%	100,0%
		% de Cantidad de Hijos/as	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relación Cirugía y enfermedades

Tabla de contingencia cirugía y enfermedades

			enfermedades		Total
			No Posee	Tiene alguna enfermedad	
cirugia3	No se realizó cirugía	Recuento	64	127	191
		% de cirugía3	33,5%	66,5%	100,0%
		% de enfermedades	29,0%	30,4%	29,9%
	Cirugía LT realizada	Recuento	157	291	448
		% de cirugía3	35,0%	65,0%	100,0%
		% de enfermedades	71,0%	69,6%	70,1%
Total		Recuento	221	418	639
		% de cirugía3	34,6%	65,4%	100,0%
		% de enfermedades	100,0%	100,0%	100,0%

MAC

Rechazos de MAC

RECHAZO MAC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	,2	,2	,2
NO RECHAZÓ	431	67,2	67,2	67,4
RECHAZÓ	209	32,6	32,6	100,0
Total	641	100,0	100,0	

Contraindicación de MAC

CONTRANDI MAC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	,2	,2	,2
NO CONTRAINDICADO	564	88,0	88,0	88,1
CONTRAINDICADO	76	11,9	11,9	100,0
Total	641	100,0	100,0	

Fracaso de MAC

FRACASO MAC

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	,2	,2	,2
NO FRACASÓ	167	26,1	26,1	26,2
FRACASÓ	473	73,8	73,8	100,0
Total	641	100,0	100,0	

Situación Psíquica y emocional de las mujeres

Riesgo Psicológico

Riesgo Psicológico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	189	29,2	29,5	29,5
S/P				
Miedo, pánico a embarazo, No desea más hijos/as	124	19,1	19,3	48,8
Depresión, angustia, ansiedad, stress	260	40,1	40,6	89,4
Dificultad para la crianza, deficiencia mental	26	4,0	4,1	93,4
Deterioro de calidad de vida, perdida de autoestima	21	3,2	3,3	96,7
Violencia conyugal	12	1,9	1,9	98,6
Riesgo de vida	9	1,4	1,4	100,0
Total	641	98,9	100,0	
Perdidos	7	1,1		
Sistema				
Total	648	100,0		

Opinión Psicológica

OPINION PSICOLOGICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FAVORABLE	418	93,3	93,3	93,3
	SIN OPINION PROFESIONAL	30	6,7	6,7	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Opinión Social

OPINIÓN SOCIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FAVORABLE	419	93,5	93,5	93,5
	SIN OPINIÓN PROFESIONAL	29	6,5	6,5	100,0
	Total	448	100,0	100,0	

Opinión Médica

OPINION MEDICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN OPINIÓN PROFESIONAL	27	6,0	6,0	6,0
	DESFAVORABLE	4	,9	,9	6,9
	FAVORABLE	416	92,9	93,1	100,0
	Total	447	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
	Total	448	100,0		

Anexo 3

Glosario

Cesárea: Cirugía realizada por la vía abdominal, para permitir el nacimiento de un producto de gestación viable. La Técnica de Pomeroy intracesárea, es la utilizada para la intervención de LT.

Laparotomía: es el abordaje de la cavidad abdominal o pelviana por una incisión de la pared anterior del abdomen, que generalmente se realiza por otra indicación médica, por ejemplo cesárea.

Minilaparotomía: se realiza fuera del puerperio, se realiza en la pared abdominal una incisión transversal de 3 a 5 cm. de longitud en la zona del límite superior del vello pubiano; vía vaginal se tracciona el cerviz y se moviliza lateralmente el útero para acerar la trompa del lado opuesto de la incisión abdominal, se toma la trompa con pinzas y se liga y/o succiona o se le colocan anillos o clips, y luego se cierra la pared con sutura convencional Esta intervención requiere internación mínima en un centro asistencial. La Minilaparotomía se realiza por medio de la Técnica de Pomeroy modificada y Electrocoagulación. **Histerectomía**²⁴: Cirugía mediante la cual se extrae el útero. Se suele realizar ante la presencia de tumores o hemorragias incontrolables por otros medios. Cuando se agrega la extirpación de los ovarios y trompas de Falopio, se denomina Anexohisterectomía²⁵. El costo de una histerectomía para el sistema de salud, es mucho mayor que el costo de una LT. En muchos casos la realización de una histerectomía, reporta de la Unidad de Terapia Intensiva y del Servicio de Hemoterapia.

²⁴ La histerectomía es el resultado de las complicaciones obstétricas en la sala de parto, producto además del riesgo ginecológico a las que están sometidas las mujeres que por lo general solicitan una LT. A modo de dejar resuelto el expediente, se aclara en la pregunta “tipo de cirugía” que se realizó dicha práctica.

²⁵ Las definiciones de cesárea e histerectomía han sido extraída del diccionario médico en formato electrónico: <http://www.buenasalud.com/dic/>, el resto de las definiciones corresponden al capítulo de 18 Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Anexo 4

FICHA LIGADURA TUBARIA PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA- MENDOZA

DATOS PERSONALES						
Identificación (HC/EXP)	Fecha: inicio de Expediente en el hospital			Fecha de la ligadura	Tipo de cirugía	
Institución de origen				Conclusión del Equipo: Aprobado () Desaprobado ()		
Derivación a:						
Nombre y Apellido				Obra Social:		
DNI:		Nacimiento:		Ocupación:		
Tel:				Nivel de Instrucción:		
Domicilio: Departamento:						
INFORME MÉDICO				ENFERMEDADES		Diabetes:
DATOS GINECO-OBSTETRICOS		Abortos espontáneos:		Hipertensión:		Obesidad:
Embarazo Actual:		Abortos provocados		Hepáticas:		Várices:
Partos Normales:		Mortinato:		Transplantes:		ITS
Cesáreas:		Hijos Fallecidos		Cardíacas:		Otra:
ANTICONCEPTIVOS				Cantidad de hijos	Opinión Profesional Favorable () Desfavorable () Otro ()	
Rechazo: () Contraindicado: ()						
Fracaso: () Detalle: ()						
INFORME SALUD MENTAL						
SEMIOLOGÍA PSÍQUICA				SITUACIÓN EMOCIONAL		
Atención:				Pareja:		
Conciencia:				Hijo:		
Pensamiento:				Otro:		
Memoria:				SITUACIÓN RIESGO		
Imaginación:				Biológico:		
Juicio:				Psicológico:		
Voluntad:				Social:		
Actividad:				Sexual:		
Decisiones:				Otro:		
				Opinión Profesional Favorable () Desfavorable () Otro ()		
INFORME SOCIAL						
CONVIVIENTES: Total de Convivientes: Ingreso total:						
Nombre	Vínculo	Nacimiento	Edad	Escolaridad	Ocupación/ Ingreso	Salud
VIVIENDA	TENENCIA	SERVICIOS	BAÑO	HABITACIONES	NIVEL SOCIAL	
Casa ()	Propiet. ()	Agua ()	Instalado ()	Nº de Habitaciones sin contar cocina ni baño	A: Superior ()	
Departamento ()	Alquila ()	Electricidad ()	Precario ()		B: Alta ()	
Pensión ()	Fiscal: ()	Gas Red ()	Sin Baño ()	Hacinamiento ()	C: Media ()	
Otros ()	Cedida: ()	Gas Envasado ()			D: Baja ()	
		Cloacas ()			E: Indigente ()	
		Pozo ()				
				Opinión Profesional Favorable () Desfavorable () Otro ()		

Índice

I INTRODUCCIÓN:	1
II. OBJETIVOS:	2
III. HIPÓTESIS:	3
IV. METODOLOGÍAS UTILIZADAS	3
V. RESULTADOS OBTENIDOS.	5
5.1. DEBATES LEGISLATIVOS SOBRE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA.	5
5.1.1. Análisis de las legislaciones provinciales vigentes en Argentina	9
5.2. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL LAGOMAGGIORE. ANÁLISIS DE LOS EXPEDIENTES DE LT	16
5.2.1. La LT en la provincia de Mendoza	16
5.2.2. La LT en el Hospital Lagomaggiore	16
5.2.2.1. Las mujeres que solicitan LT. Perfiles sociales, reproductivos y emocionales	18
<i>Situación social de los hogares de las mujeres</i>	20
La relación entre nivel educativo y número de hij@s, una relación significativa	23
<i>Las historias reproductivas de las mujeres que solicitan LT y la intervención médica: sobre embarazos, partos, cesáreas y abortos.</i>	25
Sobre los métodos anticonceptivos (MAC) y la LT	32
Sobre la dimensión psíquica: la situación emocional de las mujeres y sus parejas	34
Sobre las mujeres que se realizan LT, el predominio del punto de vista médico y los derechos de las mujeres.	36
5.2.2.2. Notas para una breve historia del Consultorio Interdisciplinario de Evaluación de LT	38
5.3. L@S PROFESIONALES DE LA SALUD. CUESTIONES LEGALES Y POSICIONES ÉTICAS... 42	42
5.3.1. Las posiciones éticas y políticas ante la LT. La profundidad del desacuerdo	44
5.3.1.1. Beneficencia / autonomía	44
5.3.1.2. Sobre los fundamentos: valores absolutos/ tolerancia cívica	49
5.3.1.3. Heteronomía y autonomía desde el punto de vista de género	52
5.3.1.4. Concepciones en torno de la salud sexual: restringida vs. integral.	53
5.5.2.5. Sobre las razones para la LT y las diversas concepciones de l@s profesionales acerca del tema	54
5.4. LAS MUJERES, LA MATERNIDAD, LA DECISIÓN Y EL DERECHO DE LIGARSE LAS TROMPAS	55
Anexo 1	67
Anexo 2	70
Anexo 3	83
Anexo 4	84