

La Anticoncepción Quirúrgica desde la perspectiva de mujeres gran multíparas. Límites y alcances en el acceso a la práctica.

Moschella, Romina Giselle.

Cita:

Moschella, Romina Giselle (2009). *La Anticoncepción Quirúrgica desde la perspectiva de mujeres gran multíparas. Límites y alcances en el acceso a la práctica. V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-089/202>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ezpV/DvG>

La Anticoncepción Quirúrgica desde la perspectiva de mujeres gran multíparas.

Límites y alcances en el acceso a la práctica

Romina Giselle Moschella

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología

rominamoschella@yahoo.com.ar

Introducción

La problemática de la salud reproductiva en la Argentina ha recorrido diversos trayectos, desde políticas demográficas y enfoques de planificación de la familia, hasta el avance significativo en el desarrollo de políticas públicas que garantizan el acceso universal a la anticoncepción, a partir del reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos¹.

Desde agosto de 2006 mediante la sanción de la Ley Nacional² 26.130, se habilita a todas las mujeres y varones, capaces ante la ley y mayores de edad que no deseen tener más hijos a acceder en forma gratuita a la ligadura de trompas de Falopio (LT) y vasectomía como prácticas anticonceptivas. La LT, también denominada Anticoncepción Quirúrgica Femenina (AQF) consiste en la obstrucción mecánica de las trompas de Falopio, impide que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, evitando la fertilización del mismo. Se realiza mediante un procedimiento quirúrgico y es habitualmente irreversible^{3 4}.

El **objetivo** de este trabajo es describir los factores relacionados con la decisión de solicitar la ligadura tubaria en usuarias gran multíparas del Área de Salud Sexual y Reproductiva de un Hospital especializado en salud materno infantil.

El estudio de los factores que relacionados con la decisión de solicitar un método quirúrgico, prácticamente irreversible que limita la capacidad de concebir, es un proceso que es de suma importancia conocer y analizar. Se relaciona con la historia reproductiva de las mujeres, con el uso apropiado de métodos anticonceptivos (MAC), con factores que impulsan o limitan el acceso a la anticoncepción, con la autonomía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y con el deseo singular de no tener más hijos. No sólo es importante para repensar estrategias que permitan garantizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en forma autónoma e informada a las usuarias de los servicios de salud, sino también para contar con evidencia científica que sirva de insumo a los gestores de políticas públicas, para que sus

decisiones favorezcan la igualdad social en el *acceso oportuno* a la salud sexual y reproductiva (SSyR).

El presente artículo se enmarca dentro del proyecto de investigación UBACYT (2008/10) “Políticas de prevención y promoción en situaciones de vulnerabilidad psicosocial”, y fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” (2008-2009): Salud Reproductiva: Estudio sobre la ligadura tubaria en mujeres gran multíparas que asisten a un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires, otorgada en 2008 por el Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, a través de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología.

Aspectos metodológicos

Se trabajó con un diseño de carácter cualitativo prospectivo y exploratorio- descriptivo, valorando como datos las palabras pronunciadas de los actores sociales y las actividades observables⁵.

Muestras

Se entrevistaron 30 usuarias gran multíparas (≥ 5 partos)^{6 7}, que solicitaron la LT en el ASSR de un Hospital Público especializado en salud materno infantil durante el período julio-diciembre de 2008 y a 10 profesionales de la salud que estuvieron involucrados en las prácticas médicas relativas a la LT, calificados como informantes clave⁸. La evidencia sobre las problemáticas de la alta paridad y su relación directa con posibles complicaciones en la salud física de la mujer⁹, justificó la elección de este universo. Respecto a los profesionales, se ha comprobado el rol fundamental que tienen estos actores sociales como fuente de información, y el modo en que sus representaciones influyen en las decisiones de las usuarias de los servicios de salud, pudiendo actuar como facilitadores u obstaculizadores¹⁰. El *muestreo* fue no probabilístico e intencional.

Instrumentos

Se emplearon dos técnicas de recolección de los datos: Cuestionario Sociodemográfico y Entrevista en Profundidad.

En las entrevistas a las usuarias se contempló la exploración de las representaciones de LT, motivos de solicitud de la práctica, y conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Para complementar la información, se administró un Cuestionario Sociodemográfico con la finalidad de obtener información sobre diferentes campos: perfil sociodemográfico; Historia Clínica Obstétrica; controles prenatales del último embarazo; conocimiento, uso y falla de MAC y factores de riesgo reproductivo, entre otros.

Previamente, se solicitó a las entrevistadas la firma del consentimiento informado y se garantizó el uso confidencial de la información. Se realizó una **prueba piloto** para testear las preguntas en función de los contenidos, la organización, la formulación y su comprensión.

Recorrido de solicitud de ligadura tubaria según el contexto institucional

Las usuarias que solicitan la LT en la institución donde se realizó el estudio pasan por tres situaciones de entrevista. La primera entrevista se realiza con un profesional especializado en Tocoginecología u Obstetricia. Se le informa a la usuaria sobre las características de la intervención quirúrgica, sobre el índice de falla del método y sobre el texto de la Ley N ° 26.130, entre otros. Se le entrega un Formulario informativo de evaluación clínica elaborado por el Programa de SSyR de la CABA, y se le solicita que escriba un consentimiento en el que explicita los motivos de solicitud de LT y destaque que *no desea tener más hijos*. La segunda entrevista se realiza en el ASSR, se le aclaran las ventajas y desventajas del método, se brinda información a la usuaria sobre métodos reversibles y vasectomía, y además se consigna en el Formulario si existen factores de riesgo reproductivo. Y la tercera entrevista se realiza con una psicóloga en el Servicio de Salud Mental, en la cual se consigna si la usuaria es *capaz* de solicitar la LT y si es consciente o no de la probable irreversibilidad y de la posible falla del método.

La **relación con las mujeres que participaron del estudio** se estableció luego de que ellas asistieran a la entrevista en el ASSR. En ocasiones el contacto fue realizado en ese sector o en el Servicio de Salud Mental. Se informó a las posibles entrevistadas sobre la finalidad y los alcances del estudio. El criterio de selección se basó en la predisposición y el interés para participar de la investigación.

Procesamiento y análisis de los datos

Se utilizó un procesador de texto para profundizar el análisis, se codificaron frases y párrafos de las entrevistas y se agrupó el material de acuerdo a códigos y categorías elaborados a partir del objetivo del estudio. Se implementó la *triangulación metodológica*¹¹ mediante la combinación de los instrumentos de recolección de datos empleados y las fuentes de información.

Resultados

Se presentan resultados parciales según el objetivo planteado para este trabajo, focalizando en el perfil de las entrevistadas, los motivos de solicitud de LT, los factores de riesgo asociados, las representaciones sobre LT y los límites y alcances en el acceso a la práctica. Para enriquecer la presentación se citarán fragmentos de las entrevistadas con nombres falsos, con el fin de preservar el anonimato.

Perfil de las usuarias entrevistadas

-Promedio de edad: 34.6 años, con una distribución de 23 a 44 años.

-Nacionalidad: la mayoría (26) era argentina, y 4 eran extranjeras (específicamente de Paraguay, Bolivia y Uruguay).

-Estado civil: 16 convivían con pareja estable, y la mitad (14) era casada.

-Lugar de residencia: la mayoría (25) vivía en el conurbano bonaerense y 5 en la CABA.

-Nivel escolar:
-9 tenían escolaridad primaria completa, y 8 incompleta;
-2 tenían escolaridad secundaria completa y 9 incompleta;
-y en 2dos casos iniciaron una carrera técnica.

-Ocupación: en su totalidad eran amas de casa, un tercio (10) expresó que además realizaba otras actividades, tales como: cuidado de ancianos, servicio doméstico, trabajos de costura y de gastronomía, venta ambulante en feria; y 2 desarrollaban actividades comunitarias.

-Cantidad de hijos de la familia de origen: dos tercios (21) provenía de familias con más de 5, y casi un tercio (7) de familias con menos de 4 hijos.

-Promedio de edad del primer embarazo: 18.16 años, dos tercios (20) tuvo su primer embarazo durante la adolescencia.

-Promedio de embarazos: 6.9 gestas, con una distribución de 5 a 13 gestas.

-Promedio de hijos vivos: 5.33 hijos, con un rango de de 3 a 10 hijos vivos.

Motivos de solicitud de ligadura tubaria

Según los datos obtenidos mediante el Cuestionario Sociodemográfico, las 30 usuarias entrevistadas manifestaron que solicitaban la LT porque no deseaban tener más hijos. Este es uno de los requisitos excluyentes para solicitar la intervención dado su carácter de ser prácticamente irreversible. En 28 casos, las entrevistadas expresaron tener temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo. (Tabla 1) En ese sentido, algunas usuarias definieron su situación vital como “estar en alto riesgo”, “tener riesgo” y otras manifestaron temor a “correr riesgo” en un futuro embarazo.

- *“Porque si yo llego a quedar otra vez embarazada van a ser más riesgosos los embarazos, porque estoy en alto riesgo yo también y otra cosa es porque somos muchos en casa y la plata no alcanza... porque tengo muchos hijos y porque yo no pensé estar como estoy con estado de diabetes.”* (Gabriela, 41 años, 13 gestas)

Tabla 1: Motivos de solicitud de Ligadura Tubaria (n = 30)

Motivos de solicitud de LT	Descripción	n
Relacionados con la salud	Temor a sufrir complicaciones según antecedentes obstétricos: cesárea iterativa, diabetes gestacional, hipertensión arterial, y edad materna.	28
Socioeconómicos	Dificultades socioeconómicas que restringen la calidad de vida del grupo familiar y afectan el desarrollo social de las mujeres.	21
Relacionados con los hijos	Número de hijos vivos y problemas de salud asociados como: parto pretérmino,	20

	discapacidad, síndrome de down, y retraso madurativo.
Subjetivos	Eficacia atribuida a la LT en 4 relación a métodos reversibles y falta de otros MAC.

Factores de riesgo reproductivo

La presencia de factores relevantes de riesgo reproductivo fue confirmada por el equipo tratante al momento de realizar la consulta para la LT. Se categorizaron según los criterios médicos de elegibilidad para el uso de MAC de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹², respecto de la AQF. El factor de riesgo que caracterizó a la muestra fue la presencia de alta paridad, seguido por edad materna ≥ 35 años, y cesárea anterior, con un rango de 2 a 6 cesáreas. (Tabla 2)

Tabla 2: Factores de riesgo (FR) reproductivo (n = 30)

FR	n
Gran multiparidad: ≥ 5 partos	30
Edad materna: ≥ 35 años	15
Cesárea anterior: ≥ 1	11
Obesidad: Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ²	9
Hipertensión arterial	7
Tabaquismo: ≥ 15 cigarrillos/día	6
Prematuro anterior	6
Diabetes	4
Hijo con muerte neonatal (0 a 28 días)	4
Embarazo gemelar	3
Feto muerto anterior	2
Trastorno valvular cardíaco	2
Enfermedad de Chagas	2
Infección por HIV	1

Hipertiroidismo	1
Rh (-) sensibilizada	1

Representaciones sobre ligadura tubaria desde el punto de vista de las usuarias

Las representaciones se definen como “actos del pensamiento en los cuales un sujeto se relaciona con un objeto”, mediante un proceso de relación que no se dá en forma de reproducción automática del objeto¹³.

Las representaciones sobre LT de las entrevistadas son diversas y estuvieron primordialmente relacionadas a temores y expectativas. El temor se expresó asociado a: dolor de la intervención quirúrgica, efectos secundarios, falla del método y a la negación en el acceso a la práctica. En los relatos las preocupaciones giraron en torno a inquietudes sobre: dolor de cabeza, aumento de peso, variaciones en el estado de ánimo específicamente en el humor, alteraciones del ciclo menstrual; y sobre “locura”, quistes, enfermedades como cáncer y pérdida del deseo sexual. También se observó la homologación de la LT con la histerectomía.

- *“...Me dijeron que si yo me operaba me iba a quedar loca, que no iba a menstruar más y que toda la sangre se me iba a ir a la cabeza.” (Elena, 35 años, 7 gestas)*

En contraste, las representaciones de otras usuarias giraron en torno a expectativas sobre cambios favorables en la salud psíquica, física y sexual, y en otros casos se expresó el deseo de tener proyectos de vida diferentes a la maternidad.

- *“Voy a tener un descanso en mí, porque desde que estoy dando a luz no tengo un día en paz, es así. Tengo 31 años, soy joven y en el futuro quiero ser algo, no quiero tener 40 años y seguir teniendo hijos, ya mi etapa ya está.” (Mirta, 31 años, 8 gestas)*

Límites y alcances en el acceso a la ligadura tubaria

Las decisiones sobre SSyR se encuentran asociadas al grado de conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y a la posibilidad de ejercer los mismos de manera informada y

autónoma. La autonomía en las decisiones sobre la SSyR varía de acuerdo a la forma en que cada mujer se relacione con los mitos, las creencias y los factores socio-económicos que constituyen las representaciones sociales de su sexualidad¹⁴. Diversos estudios^{15 16 17} sobre mujeres de estratos sociales bajos evidencian que el acceso a la información apropiada, al asesoramiento y al seguimiento médico es limitado y resulta dificultoso. Estas dificultades afectan el comportamiento anticonceptivo, la regularidad en el acceso y uso en forma apropiada de los MAC.

1- Conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos

Las entrevistadas manifestaron tener un conocimiento parcial sobre la legislación vigente que garantiza el derecho a solicitar y acceder a la LT.

- *“Yo pensé que la ley era para esa gente que tiene muchos chicos, yo pensaba 'capaz que no me lo van a hacer' o quizás sí por las cesáreas porque si llego a quedar embarazada de nuevo voy a ir a otra cesárea, pensé que si me lo hacían era por la cesárea no por la cantidad de hijos. Cuando hablé con el Dr. pensé que me iban a decir que no.” (María Esther, 32 años, 5 gestas)*

No obstante en algunos discursos, las entrevistadas hicieron referencia a la existencia de cambios favorables en el acceso a solicitar la LT desde que la Ley N° 26.130 fue sancionada. Señalaron que en algunas instituciones del sector salud del conurbano bonaerense y de la CABA, diversos profesionales informaron erróneamente que *la ley sólo era para la Capital, para mujeres con muchos hijos o con problemas de salud.*

- *“Pregunté al obstetra pero me dijo que no, que ellos no lo hacen porque no está la ley aprobada para la provincia, está para Capital y me vine para acá.” (Gabriela, 41 años, 13 gestas)*

Si bien la Ley N° 26.130 establece en el Art. 2 que no se requiere del consentimiento del cónyuge o conviviente para solicitar la práctica, dado que se privilegia el Principio de Autonomía de la mujer para decidir sobre el propio cuerpo, algunas usuarias manifestaron que el equipo de salud les solicitó la firma del consentimiento de la pareja. Ante esta situación, las entrevistadas manifestaron ciertas contradicciones entre sus discursos y las prácticas.

- *“Con este tema de las ligaduras yo sola decido, dije 'hasta acá llegué'. El me acompaña pero en ningún momento me dijo 'yo quiero o no quiero', él no opina.*

- *¿Según la ley no es necesario que el marido acuerde, eso lo sabías?*

- *Si, esto lo sabía pero como es mi pareja de toda la vida y tenemos tantos chicos, él tenía que opinar, me dijo 'es decisión tuya, si vos lo querés hacer, bárbaro y si no, no lo hagas'.” (Lourdes, 32 años, 6 gestas)*

- *“Escuché que en todos los hospitales lo hacían. Si en algunos te exigen la firma de tu marido, yo sé que te exigen la firma de tu marido, y ellos te ponen como que exigen la firma por el hecho de cubrirse legalmente más adelante.” (Gimena, 30 años, 6 gestas)*

2- La construcción social de los géneros: idealización de la maternidad

Las significaciones construidas socialmente, como la idea central del mito social Mujer= Madre organizan el conjunto de las percepciones que legalizan las diferentes acciones en el concebir y criar a los hijos, como así también los proyectos de vida posibles de las mujeres y también los discursos sobre la mujer. Los mitos sociales constituyen un conjunto de creencias y deseos colectivos que ordenan la valoración social que tiene una sociedad en un determinado momento y en un contexto particular¹⁸.

La mayoría de las entrevistadas hizo referencia a la maternidad como una experiencia “maravillosa”, algunas mujeres la describieron como un “privilegio” que no todas las mujeres poseen y como un “beneficio otorgado por Dios”.

Un dato importante es que la mayoría de las mujeres entrevistadas (21) tenía 5 o más hermanos/as según la familia de origen y sólo (7) provenía de familias con menos de 4 hijos.

- *“Lo hablé con mis padres también. Mi mamá me miró mal porque me dijo 'yo tuve diez'. Le dije 'si vos tuviste diez pero yo voy a tener OCHO, y le doy gracias a Dios que los estoy teniendo normal'”. (Mirta, 31 años, 8 gestas)*

La valoración social de la maternidad no sólo aparece en los discursos de las usuarias, sino también se encuentra presente en los discursos y prácticas de algunos profesionales de la

salud, privilegiando relatividades como arrepentimiento posterior a la intervención quirúrgica, cambio de pareja hasta accidentes, entre otros, por sobre el deseo de no tener más hijos de las mujeres. Estas situaciones nos invitan a reflexionar en forma crítica sobre la relación entre los mandatos ideológicos y las dinámicas sociales que centralizan la identidad femenina en relación a la función materna¹⁹.

- *“El médico de la Obra Social, primero me retó porque tengo 30 años con 6 chicos. Cuando le dije que quería hacerme esto, no quiso saber nada, me dijo: 'que tenía 30 años, que era re joven, que a los 35 años me podía quedar viuda, que me podía separar, o formar otra pareja y no iba a poder tener más chicos'.”*
(Vanesa, 30 años, 8 gestas)

3- Acceso a la ligadura tubaria

Se pudo constatar que de los 30 casos, 15 ya habían solicitado la LT con anterioridad, y en 4 casos el pedido fue realizado en otras instituciones de salud en un momento posterior a la sanción de la Ley N° 26.130.

Al finalizar la investigación, a más de la mitad (17) se le realizó la LT, 13 fueron intracésarea y 4 fuera de la situación de parto por vía laparoscópica. De los 13 casos restantes, 12 finalizaron sus embarazos en partos espontáneos; se pudo contactar por vía telefónica a 7 mujeres, 6 explicitaron motivos personales por los cuales no regresaron a la institución para llevar a cabo el procedimiento de LT, y uno expresó que se encontraba en lista de espera. De los 5 casos restantes, en 4 no se pudo establecer el contacto telefónico, y en uno el embarazo seguía en curso. En otro de los 13 casos, la mujer estaba usando DIU al momento de solicitar la LT, a pesar de que se le otorgó un turno quirúrgico no concurrió.

Estas cifras nos conducen a reflexionar sobre la presencia de obstáculos que limitan el acceso a solicitar la LT, y sobre las estrategias y fortalezas de las mujeres a las cuales se les realizó la práctica.

- *“Porque no quiero más hijos, no puedo mantenerlos y no me gusta el aborto, NO ME GUSTARIA LLEGAR A ESO, porque de última llegaría a eso y no quiero, yo quiero estar bien, quiero estar feliz con mi marido, no quiero pensar que voy a tener otro hijo, NO QUIERO MAS HIJOS POR FAVOR, es lo único que pido y querer ser feliz en la vida.”* (Marina, 42 años, 5 gestas)

Según la bibliografía consultada²⁰, un estudio realizado en momentos previos a la sanción de la ley demuestra que las mujeres pobres que intentaron acceder a la LT mediante la Defensoría del Pueblo se presentaban en condición de “víctimas”, o en tanto “madres” con el fin de que la práctica les sea realizada, y no en condición de titulares de derechos sexuales y reproductivos. Años más tarde observamos que la problemática sigue vigente, si bien está la ley sancionada existen serias dificultades para su implementación a pesar del esfuerzo y del compromiso de buena parte de los profesionales que integran los equipos de salud. Estudios realizados en nuestro país demuestran que las representaciones y las actitudes de los profesionales afectan las percepciones de las usuarias, y son determinantes en la posibilidad de garantizar el acceso a las prácticas de SSyR²¹.

Conclusiones

Si bien la sanción de la Ley N ° 26.130 es muy reciente y su implementación está sujeta a diversas barreras educacionales, culturales e institucionales, y a resistencias²² burocráticas, políticas y religiosas, entre otras; depende de la voluntad de todos los actores sociales para que dichos obstáculos sean visibilizados y problematizados, a fin de poner en práctica las políticas públicas y de realizar acciones en salud tendientes a promover la autonomía de las beneficiarias de los Programas de SSyR de la Argentina.

Bibliografía

1. Bianco M. La planificación familiar en las políticas públicas Argentinas: Perspectiva histórica. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1^{ra} ed. Rosario: Corpus; 2005. p. 43-51.
2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/programa.asp Acceso el 05/08/09.
3. Mas M, Barbato WR, Charalambopoulos JT. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1^{ra} ed. Rosario: Corpus; 2005. p. 289-309.
4. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Anticoncepción Quirúrgica Mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Métodos Anticonceptivos. Secretaría Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2008.
Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf Acceso el 05/08/09.
5. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. 1ra ed. Buenos Aires: Paidós; 1998.
6. Stedman's Medical Dictionary. 26^{ta} ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995.
7. Roman H, Robillard PY, Verspyck E, Hulseley TC, Marpeau L, Barau G. Obstetric and Neonatal Outcomes in Grand Multiparity. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103(6): 1294-9.
8. Sabino CA. El proceso de investigación. 2^a ed. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 1996.
9. Seidman DS, Armon Y, Roll D, Stevenson DK, Gale R. Grand multiparity: An obstetric or neonatal risk factor? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998; 158(5): 1034-9.
10. López E, Findling L. La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿Qué se dice, a quién y cómo? En: Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: AEP, CEDES, CENEP; 1998. p. 79-103.
11. De Souza Minayo MC. Introducción Concepto de evaluación por triangulación de métodos. En: De Assis S, De Souza E, org. Evaluación por triangulación de

métodos. Abordaje de Programas Sociales. 1^{ra} ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 17-50.

12. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3^{ra} ed. Ginebra: OMS; 2005.
Disponible en: www.who.org Acceso el 05/08/09.

13. Kornblit AL, Petracci M. Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista. En Kornblit AL (comp.): Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis. 1^a ed. Buenos Aires: Biblos; 2004. p. 91-111.

14. Almada R, Zabala E. Representaciones de la sexualidad femenina y sus influencias en el uso del método anticonceptivo D.I.U., en mujeres participantes del Programa de Orientación Sexual y Planificación Familiar del Hospital Materno Provincial de Córdoba. En: Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: AEPA; CEDES, CENEP; 1998.

15. Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. 1^{ra} ed. Buenos Aires: CEDES; 1984.

16. Balán J, Ramos S. La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares. Documento CEDES N ° 29. Buenos Aires: CEDES; 1989. p. 1-78.

17. Checa S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 1996 15(1): 12-16.

18. Fernández AM. *La mujer de la ilusión*. 1ra ed. Buenos Aires: Paidós; 1993.

19. Zaldúa, G., Sopransi, M.B. y Longo, R. Vulnerabilidad, género y prácticas de autonomía en dos organizaciones de trabajadores desocupados. En: Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. 2006. Volumen XIV: 183-197.

20. Del Río Fortuna C. El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Cuadernos de Antropología Social. 2007; 25: 169-188.

21. López E, Findling L. La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿Qué se dice, a quién y cómo? En: Avances en la investigación social

en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: AEP, CEDES, CENEP; 1998. p. 79-103.

22. Shepard B. La salud sexual y reproductiva. Una carrera de obstáculos. 1^{ra} ed. Santiago de Chile: Catalonia; 2009.