

Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

Moschella, Romina, Charalambopoulos, Jorge, Pawlowicz, María Pía, Naddeo, Silvana y Rodríguez, Patricia.

Cita:

Moschella, Romina, Charalambopoulos, Jorge, Pawlowicz, María Pía, Naddeo, Silvana y Rodríguez, Patricia (2009). *Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá,, 114-120.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/65>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/ozr>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MOTIVOS DE SOLICITUD DE LIGADURA TUBARIA. ESTUDIO EXPLORATORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS GRAN MULTÍPARAS QUE ASISTEN A UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Lic. Romina G. Moschella^a; Dr. Jorge T. Charalambopoulos^b; MS. María Pía Pawlowicz^c; Lic. Silvana J. Naddeo^a; Dra. Patricia G. Rodríguez^b.

RESUMEN

En la Argentina, desde agosto de 2006 está vigente la Ley Nacional N° 26.130 que garantiza el derecho a las mujeres mayores de edad, que no desean tener más hijos, a acceder en forma gratuita a la ligadura tubaria.

Objetivo: Describir los motivos que explicitan las mujeres gran múltiparas para solicitar la ligadura tubaria.

Material y métodos: El diseño fue exploratorio-descriptivo y la metodología cualitativa. Se realizaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional de 30 usuarias gran múltiparas (≥ 5 partos) que solicitaron la anticoncepción quirúrgica en el Área de Salud Sexual y Reproductiva del HMI Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y a 10 profesionales de la salud, considerados informantes clave.

Resultados: La mitad de las mujeres entrevistadas había solicitado la ligadura tubaria previamente y 22 de 26 mujeres (84,6%) que estaban embarazadas al momento de solicitar la práctica, señalaron que su embarazo no era deseado. Entre algunos resultados, la mayoría era argentina y la edad promedio fue de 34,6 años.

El temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado, aparecen como motivos determinantes para la solicitud de la práctica.

Conclusiones: Si bien la sanción de la ley es muy reciente y su implementación está sujeta a diversas barreras, depende de la voluntad de los actores sociales para que dichos obstáculos sean visibilizados, a fin de optimizar la calidad de atención de las beneficiarias de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina.

Palabras clave: ligadura tubaria, género, anticoncepción, multiparidad.

SUMMARY

In Argentina, a National Law 26.130 was passed in August, 2006. This law gives the right to women over 21 years old who do not want to have more children to ask for the tubal sterilization without having to pay for the practice.

Objective: Describe the reasons that grand multiparous women give to petition for a tubal sterilization.

Material and methods: The design was descriptive exploratory and the methodology was qualitative. Interviews in depth were conducted to an intentional sample of thirty grand multiparous women (>5 partos) who arrive to the Reproductive and Sexual Health Area of the Ramón Sardá Hospital in the City of Buenos Aires asking for tubal sterilization, plus ten professionals in the health field, considered key informants.

Results: Half of the women interviewed had already asked for the practice previously, and 22 of 26 women (84,6%) that were pregnant talked that this pregnancy was unwanted. Some results establishes that most of them were argentinians and the average age was 34,6 years old.

Conclusions: The fear of suffering health complications in the case of a new pregnancy or a new unwanted pregnancy appear to be the most important reasons to ask for the tubal

a. Psicólogas del Servicio de Salud Mental, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

b. Médicos Tocoginecólogos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

c. MS. en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO-CEDES). Docente e investigadora. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" a nivel de Servicios de Salud, Categoría Iniciación, otorgada en 2008 por el Ministerio de Salud de la Argentina, a través de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología. Becaria: Lic. Romina G. Moschella. Director: Dr. Jorge T. Charalambopoulos. Co-Directora: MS. María Pía Pawlowicz. email: rominamoschella@yahoo.com.ar

sterilization. The visualization of the obstacles mentioned before depends on the willingness of the social actors. They will optimize the quality of the service offered to the patients of the Reproductive and Sexual Health Program of Argentina.

Key words: sterilization tubal, gender, contraception, multiparity.

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 básicos.¹

En octubre de 2002, se sancionó la Ley Nacional N° 25.673² que originó la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En este marco, se plantea la transformación del modelo de atención desde un enfoque intersectorial, y se reconoce como derecho el tener acceso a la información, educación y prestación de servicios, con el fin de adoptar decisiones informadas, libres de discriminación, coacciones o violencia, en materia de salud sexual y reproductiva (SSyR). En agosto de 2006, se suma la sanción de la Ley Nacional N° 26.130 que garantiza el derecho a las mujeres capaces y mayores de edad que no desean tener más hijos, a acceder en forma gratuita a la anticoncepción quirúrgica femenina (AQF), también denominada ligadura tubaria (LT). La 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 estudio de los motivos de solicitud de un método que limita la fertilidad es un proceso que es de suma importancia conocer y analizar. Se relaciona con la historia reproductiva de las mujeres, con el conocimiento y uso apropiado y correcto de métodos anticonceptivos (MAC), y con los factores que facilitan o limitan el acceso a la anticoncepción. 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 del sector 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 SSyR.

Diversos estudios^{5-6,7} 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, caracterizado por la irregularidad e ineficiencia en el uso de MAC, dando como resultado habitual embarazos no deseados. Según Ana Langer,⁸ el embarazo no deseado generalmente ocurre en un momento inoportuno o se produce en una mujer que ya no desea tener más hijos. Entre las consecuencias, existe mayor probabilidad que la mujer recurra a un aborto inseguro, que inicie el control prenatal tarde, que tenga un cuidado prenatal inadecuado o que el bebé nazca con bajo peso o pretérmino, entre otros. En casos extremos, podría suceder que la mujer recurra a un suicidio o sea víctima de violencia o de un homicidio.

En el intento de avanzar con el conocimiento de estas problemáticas, el objetivo principal fue describir los motivos que explicitaron las mujeres gran multíparas para solicitar la práctica en el Área de Salud Sexual y Reproductiva (ASSR) del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS). Y como objetivos secundarios: a) clasificar dichos motivos según factores de riesgo reproductivo⁹; b) relevar el conocimiento, la accesibilidad y el uso de MAC; c) examinar el grado de conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y las representaciones sobre LT y las prácticas en salud relacionadas y d) indagar la existencia de obstáculos vinculados a la construcción social de los géneros.

El material presentado sintetiza algunos de los aspectos relevantes que se han desarrollado en la investigación realizada con usuarias y profesionales del HMIRS. Se trata de un hospital especializado en salud materno-infantil, de nivel terciario de complejidad, que realiza aproximadamente 7.000 partos por año y 100.000 consultas en atención ambulatoria en los consultorios externos de Obstetricia y Ginecología. La población usuaria es de clase media baja, el 60% reside en el suburbio conocido como conurbano bonaerense, a pesar de que la institución se ubica en el Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y el 38% de la demanda es de mujeres extranjeras migrantes.¹⁰ Cabe destacar, que el ASSR del HMIRS, fue uno de los centros piloto del Programa de Procreación Responsable de la CABA en el año 1987. Entre los objetivos del Área se destacan: asistir a la población con riesgo general y reproductivo; brindar información, educación y asistencia; y desarrollar tareas de capacitación; entre otros.¹¹

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de investigación fue observacional, exploratorio-descriptivo, cualitativo y prospectivo.

Población

Se entrevistaron 30 usuarias gran multíparas

(≥5 partos),^{12,13} que solicitaron la LT en el ASSR del HMIRS 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 clave.¹⁴ La evidencia sobre las problemáticas de la alta paridad y su relación directa con posibles complicaciones en la salud física de la mujer,¹⁵ 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 obstaculizadores.¹⁶ El muestreo fue no probabilístico e intencional.

Instrumentos

Se emplearon dos técnicas de recolección de los datos: Cuestionario Sociodemográfico, realizado en base al modelo de Historia Clínica propuesto por el Programa de SSyR de la CABA y Entrevista en Profundidad. Previamente, se solicitó a los entrevistados 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.

Procesamiento y análisis de los datos

El tratamiento del material se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.¹⁷ Se implementó la triangulación metodológica¹⁸ mediante la combinación de los instrumentos de recolección de datos empleados y las fuentes de información. Se utilizó el procesador de texto Atlas/ Ti 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 de los objetivos del estudio. Para complementar, se realizaron dos matrices de datos relativos a: características sociodemográficas, historia obstétrica, conocimiento, uso y falla de MAC, factores de riesgo reproductivo y motivos de solicitud de LT, entre otros; y una segunda matriz con datos de la muestra de profesionales relativos a: edad, sexo, formación profesional y cargo jerárquico en la institución.

Recorrido de solicitud de LT según el contexto institucional

El procedimiento de solicitud de LT se desarrolla en el HMIRS mediante tres entrevistas. En primer lugar, la usuaria tiene una entrevista con un profesional especializado en Tocoginecología u Obstetricia. Se le hace entrega de un Formulario

informativo de evaluación clínica elaborado por el Programa de SSyR de la CABA, se le informa sobre las características de la intervención quirúrgica, sobre el índice de falla y sobre el texto de la Ley N° 26.130, entre otros. Se brinda la posibilidad a la usuaria de leer y evaluar detenidamente el material y de escribir 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 informa sobre las ventajas y desventajas, sobre los riesgos y beneficios, se pregunta por el conocimiento y el uso de MAC, se informa sobre métodos reversibles y vasectomía, y además se consignan los factores de riesgo reproductivo en caso de existir. Y la tercera entrevista, se realiza con una psicóloga en el Servicio de Salud Mental, 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. Desde mayo de 2003 hasta que la Ley N° 26.130 fue sancionada, las solicitudes de LT en el HMIRS eran analizadas caso por caso, como una opción excepcional, de acuerdo a la presencia de factores de riesgo de vida, según el marco de la Resolución 874/03 establecida por la Secretaría de Salud de la CABA. Esta resolución tuvo como finalidad que las mujeres que solicitaban la LT no presentaran recursos de amparo ante la Defensoría del Pueblo de la CABA.¹⁹

RESULTADOS

Perfil de las usuarias y de los profesionales entrevistados

El perfil sociodemográfico de las 30 entrevistadas fue el siguiente: distribución por edad entre 23 y 44 años, el promedio fue de 34,6 años. Respecto a la nacionalidad, la mayoría (26) era argentina, y 4 extranjeras, específicamente de Paraguay, Bolivia y Uruguay. En cuanto al estado civil, casi la mitad (14) era casada, y 16 convivían con pareja estable. Respecto al lugar de residencia, la mayoría (25) vivía en el conurbano bonaerense, mientras que sólo 5 residían en la CABA donde se sitúa el hospital. En relación al nivel escolar alcanzado, 9 tenían escolaridad primaria completa y 8 incompleta; 2 tenían escolaridad secundaria completa y 9 incompleta; y en dos casos iniciaron una carrera técnica. En su totalidad se definieron como amas de casa, un tercio (10) expresó que realizaba actividades fuera de la casa tales como cuidado de ancianos, servicio doméstico, trabajos de costura y de gastronomía, venta ambulante en feria; y 2 manifestaron que desarrollaban actividades comunitarias como charlas en instituciones religiosas, atención de comedores y organización de roperos barriales. Los relatos

dan cuenta que las parejas realizaban trabajos con inestabilidad laboral u oficios de baja remuneración como ayudantes de albañil, empleados en ferias, obreros, choferes y chatarreros; en 4 casos los definieron como cuentapropistas.

Respecto a la cantidad de miembros de la familia de origen de las entrevistadas, casi un tercio (7) provenía de familias con menos de 4 hijos, y dos tercios (21) de familias con más de 5 hijos. El promedio de embarazos fue de 6,9 gestas, con una distribución de 5 a 13 gestas. Respecto al embarazo y maternidad adolescente, dos tercios (20) tuvo su primer embarazo durante la adolescencia, la edad promedio fue de 18,16 años.

La muestra de profesionales de la salud, estuvo conformada por 10 profesionales, cuya edad promedio fue de 50,7 años; 6 eran de sexo femenino y 4 de sexo masculino. Todos tenían varios años de experiencia en el hospital y la antigüedad en la institución osciló entre 7 y 34 años, siendo el promedio de 22,8 años. Se desempeñaban en las áreas de Obstetricia, Psicología, Enfermería y Tocoginecología.

Motivos de solicitud explicitados por las mujeres

Según la frecuencia con la que aparecieron los motivos para solicitar la LT en los relatos de las mujeres, se decidió agruparlos de la siguiente forma:

- Motivos relacionados con la salud: temor a sufrir complicaciones por cesárea iterativa, edad materna y otros problemas de salud asociados con el embarazo como diabetes gestacional e hipertensión arterial.
- Motivos socioeconómicos: las dificultades sociales y económicas que restringen la calidad de vida del grupo familiar, afectan el desarrollo social de las mujeres y limitan su salida laboral.
- Motivos relacionados con los hijos: número de hijos vivos y problemas asociados a la salud tales como, prematuros, discapacidad, síndrome de down, y retraso madurativo.

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

Motivo	n	%
Temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo	22	73,3
Razones socio- económicas	21	70,0
Cantidad de hijos vivos	16	53,3
Edad materna ≥ 35 años	10	33,3
Riesgo vinculado a cesáreas anteriores	6	20,0
Problemas de salud de los hijos	4	13,3
Eficacia atribuida a la LT	4	13,3

- Motivos subjetivos: eficacia atribuida a la LT y falla de MAC.

El motivo mencionado en primer lugar fue el temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo, dos tercios (21) mencionó tener dificultades socio económicas, y la mitad (16) dijo que estaba satisfecha con el número de hijos vivos. En este último, se observó un rango de 3 a 10 hijos vivos y un promedio de 5,33 (Tabla 1).

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),⁹ 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)

El riesgo reproductivo comprende: riesgo preconcepcional, riesgo obstétrico, riesgo perinatal y riesgo infantil. Puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental.²⁰

Conocimiento, accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos

Al examinar el grado de conocimiento sobre la diversidad de MAC, se observa que todas las entrevistadas tenían información sobre diferentes métodos y sobre la gratuidad en el acceso en los servicios de salud. Respecto al uso, 23 emplearon anti-

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

Factor de riesgo	n	%
Gran multiparidad: ≥ 5 partos	30	100
Edad materna: ≥ 35 años	15	50
Cesárea anterior: > 1	11	36,6
Obesidad: Índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ²	9	30
Hipertensión arterial	7	23,3
Tabaquismo: > 15 cigarrillos/día	6	20
Prematuro anterior	6	20
Diabetes	4	13,3
Hijo con muerte neonatal (0 a 28 días)	4	13,3
Embarazo gemelar	3	10,0
Feto muerto anterior	2	6,6
Trastorno valvular cardíaco	2	6,6
Enfermedad de Chagas	2	6,6
Infección por HIV	1	3,3
Hipertiroidismo	1	3,3
Rh (-) sensibilizada	1	3,3

conceptivos hormonales orales (ACO) y 11 inyectables, y 6 usaron DIU, entre otros; 24 señalaron que sus parejas usaron condón masculino, 10 lo usaron en forma incorrecta, y 14 también implementaron el coito interrumpido; 2 entrevistadas manifestaron no haber usado ningún MAC, y 6 expresaron que sus parejas no usaron condón masculino ni tampoco el coito interrumpido. De los 28 casos de mujeres que usaron MAC, 5 registraron fallas en el uso de ACO y el método del calendario, 4 casos en el uso de DIU; y en 4 casos el coito interrumpido falló.

Representaciones sobre la LT según la muestra de profesionales y de usuarias

En la muestra de profesionales se expresó la preocupación sobre la posibilidad que exista arrepentimiento posterior a la LT en mujeres jóvenes. Sin embargo, las representaciones sobre LT de las usuarias estuvieron asociadas a temores y expectativas en relación al dolor atribuido a la intervención quirúrgica, a posibles efectos secundarios y a la probable falla del método. En los relatos, las preocupaciones giraron en torno a inquietudes sobre: dolor de cabeza, aumento de peso, variaciones en el estado de ánimo, alteraciones del ciclo menstrual, pérdida del deseo sexual, cáncer, quistes y miedo a enloquecer. También se observó la homologación de la LT con la histerectomía. Se mencionaron expectativas sobre la salud psíquica, física y sexual, y en algunos casos las usuarias expresaron el deseo de tener proyectos de vida diferentes a la maternidad. En cuanto a la vasectomía, en todos los casos las entrevistadas expresaron que los hombres no consideraban esa alternativa anticonceptiva.

Problemas de salud pública asociados: embarazo no deseado y aborto

De 30 casos, 26 mujeres estaban embarazadas al momento de solicitar la LT, 22 expresaron que estaban cursando un embarazo inesperado²¹ y 3 manifestaron haber pensado en recurrir a un aborto inseguro al anoticiarse del mismo. Diversos estudios^{8,22} evidencian el grado de vinculación entre el embarazo no deseado o inesperado y el aborto. De las 30 usuarias, 17 expresaron que no se practicarían un aborto, 3 manifestaron no tener una postura al respecto y 9 justificaron el aborto en los casos que el embarazo sea resultado de una violación o se trate de un embarazo durante la adolescencia. De este subgrupo, la mayoría hizo referencia a la desesperación por la llegada de un hijo más al cual hay que criar y alimentar, y a la falta de trabajo estable, como motivos por los cuales las mujeres recurren a un aborto inseguro.

Fuentes de información y acceso al procedimiento de ligadura tubaria

La mayoría (24) manifestó que la fuente de información principal sobre LT era la televisión. Además de este medio, se enteraron por redes informales: 22 por otras mujeres de la familia o del barrio, 8 por usuarias de la institución, 2 por líderes comunitarias y 13 se informaron por profesionales de la salud.

Se pudo constatar que la mitad del total ya había solicitado la LT previamente, 4 de ellas realizaron el pedido en otras instituciones en forma posterior a la sanción de la Ley 26.130. Las entrevistadas hicieron referencia a la existencia de cambios que facilitaron el acceso a la solicitud de LT, desde que la ley fue sancionada. No obstante, explicitaron por experiencias propias y de otras mujeres 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.

Al finalizar la investigación, a más de la mitad (17) se le realizó la LT que habían solicitado, 13 fueron intraceseárea 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 a tal efecto.

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan que las variables analizadas son concordantes con otras investigaciones llevadas a cabo en la región. Minella,²³ en su estudio sobre las representaciones de LT en mujeres esterilizadas, describe diversos motivos que justificaron las mujeres para solicitar la LT, tales como: no querer tener más hijos; problemas de salud física; razones socioeconómicas ligadas a la sobrevivencia del grupo familiar; y no considerar la vasectomía como una práctica anticonceptiva por los hombres, entre otros. La edad promedio de las mujeres que solicitan la práctica (34,6) es similar a los resultados encontrados en la bibliografía^{24,25} (32 y 32,8). Sin embargo, no debemos dejar de especular que entre diversas razones, se podría relacionar este

promedio de edad con la actitud de algunos profesionales de la salud que limitan el acceso a la LT especialmente a las mujeres jóvenes, realizando la consejería en forma desigual.

En comparación con los datos encontrados en una investigación realizada en el HMIRS⁶ en forma previa a la implementación del Programa de SSyR, todas las entrevistadas conocían la existencia de diversos MAC, a pesar de que el nivel escolar de la mayoría era bajo. Se podría conjeturar que la promoción del uso de MAC reversibles y de su acceso en forma gratuita a partir de la implementación del Programa de SSyR fue positiva y dio lugar a la sanción de la Ley N° 26.130 que habilita el acceso a la anticoncepción quirúrgica.

En relación al acceso a la LT, un dato llamativo consiste en que la mitad de las entrevistadas ya había solicitado dicho método con anterioridad. A pesar de la consejería formal que realizan en gran parte los profesionales y que se les brinda a las mujeres que solicitan la práctica un Formulario informativo, los resultados coinciden con otro estudio²⁷ realizado en nuestro país en forma previa a la sanción de la ley en tanto las mujeres suelen presentarse a solicitar la LT como víctimas del riesgo reproductivo y no como titulares de derechos constitucionalmente tutelados. Se podría especular que esta situación podría conducir a las mujeres a transitar por una ruta crítica²⁸ en la cual se correría el riesgo de un nuevo embarazo no planificado.

Entre las fortalezas, el estudio se realizó en un área del HMIRS que tiene amplia trayectoria en la temática a nivel nacional. Una de las limitaciones halladas fue la escasez de los casos estudiados. No obstante, los resultados obtenidos implican un precedente inicial para nuestro medio en este subgrupo particular de mujeres. Por lo que se pudo detectar, no existían en el país estudios cualitativos realizados luego de la sanción de la Ley N° 26.130 que combinaran LT y alta paridad.

Se espera que los resultados de este estudio puedan ser de utilidad para el diseño de intervenciones específicas dirigidas a reducir las desigualdades en el acceso a la atención de la SSyR, específicamente a la práctica de LT.

RECOMENDACIONES

Dado que el tipo de procedimiento de LT predominante es la técnica realizada intracessárea, se propone reflexionar sobre posibles estrategias que arbitren los medios en los servicios de salud de nuestro país, para que la práctica se realice en tiempos acotados cuando se trate de intervenciones fuera de la situación de parto.

La incorporación de la perspectiva de género en el abordaje de la salud y de la categoría de estructura de clase, en los programas de formación y capacitación académica a nivel sanitario, permitiría fortalecer los actos de salud.²⁹

CONCLUSIÓN

El temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo y la situación de un embarazo inesperado, aparecen como motivos determinantes para la solicitud de la LT. Podemos concluir que el motivo principal por el cual las mujeres pueden solicitar la práctica consiste en que existe un marco legal que garantiza este derecho. 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 resistencias³⁰ burocráticas, políticas y religiosas, entre otras; depende de la voluntad de los actores sociales para que dichos obstáculos sean visibilizados y encarados objetivamente, a fin de optimizar la calidad de atención de las/os beneficiarios de los Programas de SSyR de la Argentina.

AGRADECIMIENTOS

A las beneficiarias del Programa de SSyR que compartieron sus experiencias y su tiempo; a las autoridades del HMIRS que apoyaron la realización de esta investigación, original para nuestro medio; a nuestros colaboradores del ASSR: Enf. Sra. Margarita Currié y al Sr. Darío Bousso; a Susana Gabbanelli, Gabriela Tielas y a los integrantes del HMIRS que brindaron su colaboración. A la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología (ex Comisión Nacional Salud Investiga), por el aval y la financiación del proyecto. A la Prof. Graciela Zaldúa y a su equipo de investigación UBACYT por sus valiosos aportes; y también agradecemos a Alejandro Kaminsky, Natalia Kaminsky y Valeria Rial, por su colaboración técnica y personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bianco M. La planificación familiar en las políticas públicas argentinas: perspectiva histórica. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1ra 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. 1ra 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/hm/site/salud_sexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf Acceso el 05/08/09.
5. 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.
6. Checa S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 1996;15(1):12-16.
7. Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. 1ra ed. Buenos Aires: CEDES; 1984.
8. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Sal Públ* 2002;11(3):192-204.
9. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ra ed. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: www.who.org Acceso el 05/08/09.
10. Uriburu G, Mercer R, Larguía MA, Grandi C. Descripción de la salud materno infantil en Argentina. Datos comparativos con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Maternidad Sardá (CABA). *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 2007;26(4):169-176.
11. Charalambopoulos JT, Koremblit E, Malisani L, Ippolito E. Diagnóstico de situación de una población asistida durante 18 meses en el consultorio de Procreación Responsable del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 1992;11(1):48-61.
12. Stedman's Medical Dictionary. 26ta ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995.
13. Roman H, Robillard PY, Verspyck E, Hulsey TC, Marpeau L, Barau G. Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity. *Obstetrics & Gynecology* 2004;103(6):1294-9.
14. Sabino CA. El proceso de investigación. 2a ed. Buenos Aires: Lumen Hymanitas; 1996.
15. Seidman DS, Armon Y, Roll D, Stevenson DK, Gale R. Grand multiparity: An obstetric or neonatal risk factor? *Am J Obst Gynecol* 1998;158(5):1034-9.
16. 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.
17. De Souza Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 165-207.
18. 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. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 17-50.
19. Salud Compendio Normativo 2. Selección de normas vigentes en el campo de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; 2005. Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/areastematicas/doc/salud02.doc> Acceso el 05/08/09.
20. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Sal Públ* 2003;14(2):75-83.
21. The Population Council. Relatoría: II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. México: The Population Council, El Colegio de México; 2006. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/Relatoria.pdf> Acceso el 05/08/09.
22. Charalambopoulos JT, Valenti EA, López Diego AM, Ulens EA. Incidencia de aborto incompleto antes y después de instaurado un Programa de Procreación Responsable. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 2000;19(1):3-10.
23. Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(Supl. 1): 69-79.
24. Campos de Carvalho LE, Duarte Osis MJ, Guilherme Cecatti J, Ferreira Bento F, Manfrinati MB. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cad Saúde Pública* 2007;23(12):2606-16.
25. Vieira EM, Ford NJ. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1201-10.
26. Checa S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá* 1996;15(1):12-16.
27. Del Rio 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.
28. Sagot M, Carcedo A, Guido L. Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
29. Zaldúa G, Bottinelli MM, Gaillard P, Lodieu MT, Pawlowicz, MP. Tensiones y paradojas en las identidades profesionales en salud. En: Memorias X Jornadas de Investigación. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA; 2003. Tomo I:446-9.
30. Shepard B. La salud sexual y reproductiva. Una carrera de obstáculos. 1ra ed. Santiago de Chile: Catalonia; 2009.