

2006

Mujeres que solicitan una esterilización quirúrgica voluntaria : una mirada desde el trabajo social

Giromini, Carolina

Giromini, Carolina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/555>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Licenciatura en Servicio Social

*“Mujeres que solicitan una Esterilización
Quirúrgica voluntaria.
Una mirada desde el Trabajo Social”*

Carolina Giromini

Tesis de Grado

-2006-

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Buscar: <input type="text"/>
3155	
Vol	Buscar: <input type="text"/>
Universidad Nacional de Mar del Plata	

DIRECTORA:

Lic. Silvia Galán

CO-DIRECTORA:

Lic. Nora López

AUTORA:

Carolina Giromini

D.N.I 29.909.577

Dedicatorias:

*A mi amiga del alma y mi hermana por elección, Silvana,
quien me apoya y acompaña siempre.*

*A Tomás y a Cecilia, mis hermanos, quienes adoro con
todo el corazón.*

*Y a mi mamá, quien con su luz incondicional ilumina día
a día mi camino.*

Agradecimientos:

A Silvia Galán....

A Nora López....

A los Trabajadores Sociales y mujeres a las que entrevisté.....

A todos ellos, porque desde un principio colaboraron desinteresadamente conmigo e hicieron posible llevar a cabo ésta investigación....

INDICE

<u>Introducción</u>	Página
• Introducción.....	8
• La elección del tema abordado y el escenario.....	13
• Objetivo General.....	16
• Objetivo específico.....	16
• Principales partes de la investigación.....	16
<u>Primera Parte: Marco Teórico</u>	
<u>Capítulo I: Trabajo Social</u>	
• Especificidad Profesional y Derechos Humanos.....	19
<u>Capítulo II: Trabajo Social en el Campo de la Salud</u>	
• Trabajo Social en el campo de la salud.....	24
• Acciones posibles.....	25
<u>Capítulo III: Género, Salud y Sexualidad</u>	
• Género, salud y sexualidad.....	29
• Calidad de atención con enfoque de género en salud sexual y reproductiva.....	31

Capítulo IV: Métodos Anticonceptivos

- Diferentes métodos anticonceptivos. Breve descripción de los mismos.....35
- Esterilización Quirúrgica. Vasectomía. Ligadura Tubaria.....40

Capítulo V: Aspectos Jurídicos

- Derecho a la Salud. Derechos Sexuales y Reproductivos.....48
- Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.....51
- Situación Legal en las distintas Provincias Argentinas.....57
- Ley Nacional 26.130. Fundamentaciones.....61

Capítulo VI: Aspectos Religiosos

- Decisión y Religión.....65

Segunda Parte: Aspectos Metodológicos

- Metodología cualitativa.....69
- Acceso al Campo.....70
- Población y Muestra.....72

- Técnica de recolección de datos.....74
- Métodos utilizados para el análisis e interpretación de los datos.....75

Tercera Parte: Presentación de los Resultados

- Análisis e Interpretación de los datos.....77
- Conclusiones.....105
- Propuesta.....110

Bibliografía General.....119

Anexo

- Guía de Entrevistas Trabajadores Sociales.....124
- Guía de Entrevistas con mujeres solicitantes de ligadura tubaria.....125
- Entrevistas Informantes Claves:
 - I- Dr. Elena Alfredo.....126
 - II- Dra. María Luisa Fux.....131
- Ley Nacional 26.130.....135

Introducción

INTRODUCCIÓN

Las decisiones sobre anticoncepción son difíciles y sumamente personales. Después de décadas de oposición gubernamental a la venta y al uso de anticonceptivos, incluyendo hasta la prohibición de la venta de condones durante la dictadura militar, entre los años 1976-83, en el año 2003 el gobierno Argentino comenzó a implementar un programa nacional de distribución gratuita de ciertos anticonceptivos, como contraceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU), a través del sistema público de salud. Pese a ello, las mujeres, siguen enfrentando diversos obstáculos al acceso de una planificación familiar, incluyendo la falta de información adecuada, la violencia en el hogar, la violencia basada en el género, las restricciones económicas, etc.

Los instrumentos de Derechos Humanos Internacionales, ratificados por la Argentina, garantizan los derechos de las mujeres a la vida, a la integridad física, a la salud , a la no discriminación, a la privacidad, a la información, a la libertad religiosa y de conciencia, a la protección igual bajo la ley, y a

tomar decisiones independientes sobre el número de hijos y el intervalo de nacimientos.

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos, la OMS ha declarado que la Ligadura Tubaria¹ es una de las formas de anticoncepción más efectiva. Altamente apropiado cuando la mujer ha dado su consentimiento debidamente informado y cuando las condiciones médicas lo permiten.

Hasta el mes de Septiembre del año 2006² la Ligadura Tubaria estuvo denegada a las mujeres como Método Anticonceptivo en los Sistemas Públicos de Salud. Dicha negativa se encontraba regulada en el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares. El mismo, remonta al año 1967, época de oposición política a todo método anticonceptivo. En nuestro país estaba regulada por la Ley 17.132, y más específicamente en su Artículo 20, donde establecía la regla de prohibición, de realizar ciertos actos a profesionales que ejerzan la medicina. Entre ellos se contemplaban, según su inciso 18, los de "...practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista

¹ El método de esterilización quirúrgica más utilizado en la Argentina es el de Ligadura Tubaria o también llamado Lisis Tubaria.

² El 8 de Septiembre de 2006 entró en vigencia la Ley 26.130, la cual establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud.

indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”. Estas leyes de por sí, eran incompatibles con las obligaciones y compromisos ratificados por la Argentina que garantizan el cumplimiento de los Derechos Humanos.

La Esterilización Quirúrgica se nos presenta como una conducta “autorreferente”. Se trata de una intervención quirúrgica, que no daña a terceros, ni a la persona que decide adoptar dicho método, sino que por el contrario, es una decisión que la mujer toma en aras de su salud, de sus convicciones personales y de su proyecto de vida, entre otras cosas. Dichas decisiones hacen a la vida privada de los individuos y no podía por lo tanto, ser sometida a control estatal. Dice el Art. 19 de la Constitución Nacional Argentina, “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”

Es por ello que, como no existe una obligación de procrear, el Estado no puede reglamentar que la decisión de *no*

procrear o la esterilización quirúrgica sea sometida al condicionamiento de una necesidad terapéutica; el bien jurídico protegido es la integridad reproductiva de las personas y ella pertenece como mencionamos anteriormente, a la privacidad y a su autolimitación voluntaria, la cual no compromete al orden público.

Muchas autoridades y/o funcionarios públicos toman dicha intervención quirúrgica como un acto perjudicial para la salud de la mujer, el que podría evitarse con la adopción de otros métodos anticonceptivos. Este era uno de los fundamentos que ocasionaba que la actual Ley 26.130, sea promulgada.

Pero cabe plantearse si ¿Puede hablarse de un “acto perjudicial para la salud...”, cuando la propia mujer por razones, ya sea de planificación familiar o que hacen a su propio plan de vida, desea adoptar un método contraceptivo de probada eficacia, luego de una cuidadosa reflexión acerca de las mejores opciones que le asisten?. ¿Qué interés se vería perjudicado por esta decisión?.¿Por qué considerar la disminución permanente de la capacidad reproductiva como una secuela disvaliosa, y no justamente como el *efecto buscado*?

La elección del tema y el escenario de la investigación:

La elección del tema, surge a partir del interés por parte de la autora, en profundizar e indagar en que ámbitos el trabajador social puede desarrollar su labor, en función de reivindicar a las mujeres en la sociedad.

En relación a la salud, es notable la falta de políticas sanitarias que consideren a la mujer como beneficiaria. Siempre se la ve como madre, como cuidadora y guardadora de la salud de todo el grupo familiar y no como destinataria en sí, de algún programa.

Las mujeres con escasos recursos económicos, son las que actualmente tienen sus derechos más vulnerados. La autora ha puesto principal atención en aquellas mujeres que deben concurrir a servicios Públicos de salud. Aquellas que no cuentan con recursos económicos necesarios para realizarse, en este caso, una esterilización quirúrgica, en una clínica privada³.

A los fines de poder delimitar empíricamente la población con la que se trabajó, y para distinguirlas del sector que si tiene posibilidad de acceder a prestaciones privadas, enmarcamos a

³ Es de público conocimiento, que dicha intervención se realizaba en el sector privado sin necesidad de tramitar una autorización judicial

dicha población, dentro de lo categóricamente llamamos “Pobre”.

Partimos de una definición de Pobreza que permita establecer algunas características mínimas.

Consideramos *pobre* a quien no consigue obtener o procurarse los recursos materiales, psicofísicos o culturales “que posibilitarían su subsistencia y desarrollo en condiciones mínimas acordes con la dignidad humana”⁴

Para ello el INDEC ha seleccionado necesidades que se consideran elementales para la vida: “El criterio común adoptado es considerar como pobres a aquellos hogares que no cumplen con al menos uno de los mínimos establecidos”⁵

Los indicadores a considerar para la medición son los siguientes:

1. Tienen más de tres personas por cuarto (HACINAMIENTO)
2. Habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho) (VIVIENDA)

⁴ INDEC. La pobreza en la Argentina.- en www.indec.gov.ar

⁵ AISCAR, S.- *La maternidad en sectores populares: Representación social en las mujeres y la relación con la atención de su salud*. Editorial Espacio. Buenos Aires, 2005. Pag.12

3. No tienen ningún tipo de retrete (CONDICIONES SANITARIAS)
4. Tienen algún niño en edad escolar de 6 a 12 años, que no asiste a la escuela (ASISTENCIA ESCOLAR)
5. Tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y además, su jefe posee baja educación (CAPACIDAD DE SUBSISTENCIA)

El trabajo Social desde sus orígenes ha sido una profesión sumamente comprometida con el respeto, desarrollo y difusión de los Derechos Humanos como valor intrínseco de toda persona.⁶

Por consiguiente, consideramos que, en el momento en que una mujer solicita una esterilización quirúrgica, es el Trabajador Social, como profesional que adhiere a la promoción y respeto de estos derechos, quien debe ocupar un rol fundamental en el acompañamiento y asesoramiento de las mujeres solicitantes para que sus aspiraciones y necesidades sean satisfechas.

⁶ Serie de Capacitación profesional N°1: Derechos Humanos y Trabajo Social". Manual para escuelas de Servicio Social y trabajadores sociales profesionales, Pág. 3. Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 1995

De acuerdo a lo descripto anteriormente, los objetivos planteados por la investigadora son los siguientes:

Objetivo General:

Conocer y describir el rol del Trabajador Social en intervenciones con mujeres que solicitan una Esterilización Quirúrgica Voluntaria en Servicios Públicos seleccionados, de la Ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Específicos:

1. Conocer la estructura de las prestaciones y servicios públicos, para la atención de mujeres que solicitan una Esterilización Quirúrgica voluntaria, explorando el soporte legal vigente.
2. Identificar las características socio-económicas, culturales y educativas de las mujeres solicitantes

Principales partes de la investigación:

La estructuración de los precedentes capítulos, no fue una tarea azarosa. Se parte desde la necesidad de describir la especificidad del trabajador social, su estrecha relación con los

derechos humanos, las cuestiones de género y su capacidad para trabajar en el campo de la salud. Seguidamente se pretende adentrar al lector en la problemática específica abordada. Se describen brevemente los diferentes métodos anticonceptivos, poniendo principal atención en la Esterilización Quirúrgica y el soporte legal vigente, determinante, a la hora de que una mujer, pueda acceder o no, a dicha intervención.

En una segunda instancia, se plantean las Cuestiones Metodológicas en donde se describe: la metodología cualitativa, el tipo de estudio, acceso al campo, la muestra utilizada, definiciones conceptuales, la técnicas de recolección de datos, y el método utilizado para el análisis y la interpretación de los datos.

En la tercera y última parte se expone la Presentación de los Resultados, que contiene el análisis e interpretación de los datos y las conclusiones arribadas.

Primera
Parte:
Marco Teórico

Capítulo I:

TRABAJO SOCIAL: ESPECIFICIDAD PROFESIONAL Y DERECHOS HUMANOS

*Hay hombres que miran la realidad tal cual es
y se preguntan ¿por qué?
Hay otros, que la imaginan tal como debería ser
y se dicen ¿por qué no?....
Bernard Shaw*

La dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias constituye sin duda, el objeto específico de intervención del Trabajo Social, es decir, “la unidad conciente y actuante del ser persona”⁷

La metodología o forma específica mediante la cual el Trabajo Social se relaciona con su objeto, es la de la *Comunicación Racional*. Esta es la única vía adecuada para comprender al semejante, sus circunstancias y al mundo que compartimos con él. La comunicación racional es el nervio

⁷ DI CARLO, E. y Equipo EIEM, “La Comprensión como fundamento de la intervención profesional”. Editoria Humanitas, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Página 62

metodológico central del Trabajo Social, el medio utilizado para lograr la transformaciones deseables.

No se trata de buscar un vínculo afectivo con los sujetos, sino de establecer una *comunicación humana racional* para comprender juntos la realidad. La distancia necesaria con el objeto para el conocimientos objetivo, no se establece respecto de los afectos sino que tiene que ver con el desarrollo del proceso de abstracción de la realidad, a través de la cual se realiza el análisis y la síntesis.

El Trabajo Social no se detiene en la comprensión inicial de la situación, ésta acompaña, con modificaciones a todo proceso en su realización práctica, ya que la meta final es la de transformar la situación social encarada. “Esta actividad práctica transformadora es realizada desde el método profesional razonando con el sujeto involucrado”⁸

El trabajo social y los derechos humanos tienen lazos profundos de índole histórica, ético-política y científica.

Los Derechos Humanos “son los derechos inherentes a nuestra naturaleza y sin los cuales no podemos vivir como seres humanos. Los derechos humanos y libertades fundamentales nos

⁸ idem, pagina 37

permiten desarrollar y emplear cabalmente nuestras cualidades humanas, nuestra inteligencia, nuestro talento y nuestra conciencia y satisfacer nuestras necesidades”⁹

Los trabajadores sociales se consagran a fomentar el bienestar del ser humano y a potenciar sus realizaciones, además de desarrollar y aplicar con disciplina, tanto los conocimientos científicos relativos a las actividades humano-sociales como los recursos destinados a satisfacer las necesidades y las aspiraciones de individuos y grupos nacionales e internacionales y al logro de la justicia social

Para el desempeño de dicha labor, los Trabajadores Sociales han establecido una serie de Postulados y Principios, encargados de guiar su intervención.

Los **Postulados**, entendidos como presupuestos éticos para la acción profesional, son los siguientes:

- Respeto a la persona
- Participación
- Autodeterminación
- Igualdad

⁹ EROLES, C. “Los Derechos Humanos. Compromiso ético del Trabajo Social”. Pag, 120. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1996

- Respeto a valores y pautas culturales

Los **Principios de actuación**, entendidos como normas para el desarrollo del Trabajo Social son los siguientes¹⁰:

- a) Reconocer el valor del ser humano como individuo, cualesquiera sean sus circunstancias, condición, raza, religión, opinión política o conducta, y hacer lo posible por fomentar en el individuo un sentido de dignidad y de respeto propio.
- b) Respetar las diferencias entre los individuos, grupos y comunidades, tratando al mismo tiempo de conciliarlas con el bienestar común.
- c) Fomentar el propio esfuerzo como medio de desarrollar en el individuo sentimientos de confianza en sí mismo y su capacidad para afrontar responsabilidades.
- d) Promover oportunidades para una vida más satisfactoria en las circunstancias particulares en que se encuentran los individuos, los grupos o las comunidades.
- e) Aceptar el deber profesional de trabajar en pos de la aplicación de medidas sociales compatibles con los

¹⁰ NACIONES UNIDAS: III Estudio Internacional sobre Formación para el Servicio Social, 1958. Citado en ANDER EGG E., ¿Qué es el Trabajo Social?. Ed. Humanitas. Bs. As. 1984

principios y los conocimientos de servicio social acerca de los anhelos y necesidades humanas, con el objeto de brindar a toda la persona la posibilidad de hacer el mejor uso posible de su medio y de sus propias aptitudes.

- f) Respetar la índole confidencial de la relación profesional.
- g) Utilizar esta relación para ayudar a sus clientes (individuos, grupos o comunidades) a alcanzar un grado mayor de libertad y de confianza en sí mismo, y no tratar de conducirlos para que se adapten a un sistema preconcebido.
- h) Hacer un uso responsable de la relación profesional con miras a promover, lo más objetivamente posible, el mayor bien para el individuo y los mejores intereses de la sociedad.

El Trabajo Social sustenta una direccionalidad hacia la búsqueda de caminos democráticos de transformación social, en un marco de justicia social y de una ética de la solidaridad, que gestó una cultura fundada en el respeto a los Derechos Humanos.

Por lo tanto los Derechos Humanos son inseparables de la teoría, los valores, la ética y la práctica del trabajo social.

Capítulo II:

TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

El Trabajo social como disciplina y el Trabajo Social como profesión, evidencian una histórica asociación con el sistema sanitario, y con el cuidado de la salud.

El profesional conocedor del valor que la salud representa, desarrolla su acción interdisciplinariamente, pero con un recorte identitario peculiar: la **acción** y la **promoción**. Es reconocido y valorado como integrante del Equipo de Salud en sus aportes, que pueden variar desde la asistencia al control, tendencia que puede ser revestida al ejecutarla con la necesaria crítica sistemática.

El Trabajador Social, dentro del campo de la salud puede establecerse distintos objetivos, como:¹¹:

- Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de las enfermedades y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden

¹¹ KISNERMAN, N. "Salud Pública y Trabajo Social". Editorial Humanitas, Argentina, 1985

el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando los que favorecen su logro.

- Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas hacia la reducción o eliminación de las desigualdades para el acceso a la salud.

El Trabajador Social por lo tanto puede intervenir profesionalmente, buscando el desarrollo de un accionar que este dirigido hacia la:

- Promoción
- Prevención
- Recuperación
- Rehabilitación de los individuos, grupos y comunidades.

Cada uno de ellos comprende:

<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a los mejores niveles de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones que favorezcan la eliminación de desigualdades en el campo de la salud

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.

- Suministrar información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos-usuarios de los servicios de salud

- Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.

- Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad. |
| <ul style="list-style-type: none">• Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido |

Al Trabajador social le corresponde por lo tanto, proponer que “no hay política sanitaria sin política social, entendiendo la salud como un derecho de los pueblos”¹².

En éste sentido debemos desarrollar tácticamente un trabajador social, agente activo, de Políticas Sociales en la dialéctica entre la realidad, las organizaciones y los factores exógenos

¹² FELICITAS, E. Segundas Jornadas Anuales sobre Derechos Humanos. Salud y Trabajo Social. UNLU. Septiembre, 2000, Pág, 21

Capítulo III:

GÉNERO, SALUD Y SEXUALIDAD

Frecuentemente se confunde el concepto de género con el concepto de sexo y se los considera sinónimos. Esto trae como consecuencia que se asuman los roles y relaciones entre hombres y mujeres como hechos biológicamente determinados y eternos, sin ninguna influencia de la sociedad y cultura.

La palabra **sexo** se refiere a las características biofisiológicas de hombres y mujeres que involucran el sistema reproductivo femenino y masculino, su funcionamiento y los caracteres sexuales secundarios.

El concepto **género**, es un término que denomina la construcción social de las identidades diferenciadas de mujeres y hombres. Consiste en la adscripción de creencias, sentimientos, conductas, funciones, tareas, actitudes, responsabilidades, roles y valores diferenciales que la sociedad establece para cada uno de los sexos.

Por lo tanto, el género, “es el conjunto de características culturales específicas que identifican el comportamiento social de mujeres/ hombres y las relaciones entre ellos; es decir, es

una construcción cultural aprendida a partir de la socialización por la que se adjudica determinadas funciones o papeles a mujeres y a hombres de manera diferenciada”¹³. No obstante, el género es un término relacional; no es sinónimo del vocablo mujeres u hombres, sino que se refiere a la relación que existe entre ellos y a la manera en que ambos se construyen socialmente. El género es parte del contexto socio-cultural más amplio, que también toma en consideración factores tales como clase, raza, situación económica, grupo étnico y edad.

La forma en que se transmiten los valores de género, puede ser conscientes e inconscientes. El lenguaje, las acciones de la vida cotidiana, la ropa, el trabajo, las relaciones familiares, les dan a hombres y mujeres, desde la niñez, elementos para comportarse de acuerdo con el género asignado y para elaborar su autoimagen. Si la valoración que se da a los géneros es desigual, se crece también con una autoimagen que implica desigualdad.

Se puede decir, entonces, que el género es la primera asignación en la vida que condiciona muchos otros aspectos de

¹³ ENTEL, Rosa, “ Mujeres en situación de violencia familiar: Embarazo y violencia. El varón violento frente al embarazo. Modalidades de intervención desde el Trabajo Social ” Editorial Espacio. Buenos Aires, 2002, pág 52

la existencia de los/as individuos/as, como son la identidad genérica, los roles de género, etc.

GÉNERO, SALUD Y SEXUALIDAD

El abordaje desde la perspectiva de género es central para comprender los comportamientos ligados a la sexualidad y sus consecuencias sobre la salud. Si bien la división y la asignación de roles diferenciados para mujeres y varones parten de diferencias biológicas, son una construcción histórico-cultural, como mencionamos anteriormente, que se constituye en una realidad -tanto objetiva como subjetiva- que las personas elaboran y reelaboran constantemente sobre la base de sus experiencias y de los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman parte.

La incorporación del análisis de género en el campo de la sexualidad y la reproducción nos permite enfatizar -entre otros puntos- el impacto de la desigualdad entre los géneros, las cuales en conjunción con otras inequidades (de clase, étnicas, etc.) producen grandes barreras en el ejercicio de mujeres y varones de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Permite a su vez un abordaje amplio y, por ende, más integral

de las problemáticas de salud sexual y reproductiva, contribuyendo a mejorar la calidad de atención y de los servicios.

CALIDAD DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La incorporación del Enfoque de Género para el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva tiene como objetivo el *EMPODERAMIENTO*¹⁴ de la/el usuario/a.

Este empoderamiento permitirá tomar una decisión libre y voluntaria, porque es producto de su propio análisis y reflexión.

Decisión informada porque, será tomada después de incorporar a su análisis y reflexión, la información veraz, completa, imparcial y actualizada que necesita; así como todas las opciones que tiene frente a su problemática.

¹⁴ EMPODERAMIENTO, significa “llenarse de poder”, poder referido a la capacidad personal para autodeterminarse y realizarse. En la atención de la Salud Sexual y Reproductiva, el empoderamiento se traduce en la capacidad de las/os usuarios/as para tomar decisiones libres, voluntarias, informadas y responsables para el cuidado de su propia salud

Desde el análisis de género, el logro de este objetivo implica trabajar en¹⁵:

- La flexibilización de los roles de género.
- La construcción y desarrollo de relaciones de equidad e igualdad.

En la atención de la Salud Sexual y Reproductiva, la flexibilización de los roles de género se traduce en la identificación de los roles de género y relaciones inequitativas de poder entre los géneros como factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los/as usuarios/as. Es un aspecto que apunta a mejorar la competencia técnica biomédica de los/as proveedores/as.

Este paso implica una visión integral de la Salud Sexual y Reproductiva que se traduzca en una actitud abierta a:

- Valorizar tanto los factores biológicos como los psicosocioculturales, entre ellos los de género, involucrados en las problemáticas de Salud Sexual y Reproductiva.
- Valorar, al mismo nivel, la atención curativa como la preventiva y de promoción de la Salud.

¹⁵ *Manual de Normas y Procedimientos para la Atención en Salud Reproductiva. APROFE, 2002*

- . No presuponer una aparente igualdad de los sexos u otra condición de género de la/el usuaria/o; sino investigar esta condición, en lo relacionado a cómo incide en la problemática de salud sexual y reproductiva que presenta la/el usuaria/o, en la percepción que tiene de la misma, en los cuidados que se brinda, en la toma de decisiones saludables, en la adhesión a los tratamientos y recomendaciones indicadas.

Capítulo IV: **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

*Se puede elegir con libertad
sólo aquello que se conoce...*

Así como en todos los tiempos y en diversas culturas, los embarazos han sido vistos como una bendición, ha habido también, situaciones en que se deseaba evitarlos.

En otras épocas, la gente pensaba que el embarazo era producido por la luna, los espíritus, alimentos que consumía la mujer.....En función de esas creencias se inventaron diversos métodos para prevenir la gestación, los que a la luz de la ciencia, hoy nos producen asombro: como por ejemplo en ciertas culturas de Europa escupían tres veces en la boca de una rana; en Grecia se untaban las mujeres en el interior de la vagina, con una mezcla de aceites, miel, alcohol y vinagre; en Australia, se colocaban un trapo ajustado en el contorno de la cintura durante el acto sexual. Estos y otros actos sin duda, acorde con la época, podríamos llamarlos *Métodos Anticonceptivos*.

Definimos **Método Anticonceptivo** como todo elemento o conducta que se utiliza para evitar intencionalmente que, en un encuentro sexual, se produzca la gestación.

DIFERENTES MÉTODOS¹⁶

En la elección del método influyen diferentes factores además de la seguridad: si la relación sexual es ocasional o habitual, con una pareja estable, si tienen hijos o no, si se padece de algún trastorno orgánico. Inciden también, y con mucha determinación, las creencias religiosas, los costos económicos, la responsabilidad personal, etc.

Hoy día, cuando hablamos de métodos anticonceptivos podemos hacer dos distinciones fundamentales: *INSTRUMENTALES Y NO INSTRUMENTALES.*

De abstinencia periódica	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ogino-Knaus (o de “los días”)</u> • Billing (o del moco cervical) • Temperatura basal
De interrupción	Interrupción del coito

¹⁶ GROISMAN, C.; RABINOVICH, J.; IMBERTI, J., “El desafío de la Sexualidad. Creencias, saberes, sentimientos” Capítulo 6., Editorial Sudamericana, 1999

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
De barrera mecánica	<ul style="list-style-type: none"> • Condón masculino • Condón femenino • Diafragma • Dispositivo intrauterino (DIU) • Esponja anticonceptiva vaginal
De barrera química	<ul style="list-style-type: none"> • Espermicidas (en forma de gel, crema, espuma, supositorios vaginales, esponja)
Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Píldora anticonceptiva • Inyección hormonal • Implante subdérmico
Quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Vasectomía o esterilización del varón • Ligadura de trompas o esterilización de la mujer

Breve descripción de los mismos:

- **OGINO-KNAUS (O DE LOS DÍAS O DEL RITMO):** éste método consiste en abstenerse de tener relaciones coitales durante los días probablemente fértiles de la mujer. Los días seguros se calculan sobre las base de la duración de sus ciclos menstruales durante el año. Este método es eficaz solo en mujeres que poseen el período menstrual regular.

- **BILLING (O DEL MOCO CERVICAL)**: consiste en detectar el día de ovulación a través de la consistencia del flujo, el cual durante el transcurso de esos días, posee un color amarillento, distinto al flujo frecuente.
- **TEMPERATURA BASAL (TB)**: se tiene en cuenta los cambios que experimenta la temperatura rectal de la mujer en absoluto reposo a lo largo del ciclo menstrual y su relación con el momento de ovulación. La TB sube a más de 37° en el momento de ovulación, desde ese momento y durante tres días el óvulo es fecundable.
- **IRRUPCIÓN DEL COITO**: es el método más antiguo que se conoce. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de eyacular.
- **CONDON**: es una funda de látex fina que recubre el pene y recoge el semen en el momento de eyaculación.
- **CONDON FEMENINO**: es una funda de poliuretano con dos argollas en sus extremos, una de las cuales está cerrada y cubre el cerviz o cuello del útero, y la otra llega hasta el exterior de la vulva.
- **DIAFRAGMA VAGINAL**: es un depósito con forma de semiesfera, de látex, provisto de un aro de metal flexible

recubierto por el mismo látex. Se coloca, untado con alguna crema o gel espermicida, en el fondo de la vagina, tapando el cuello del útero. Puede ser utilizado más de una vez.

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):** los hay de distintas formas, algunos se asemejan a un espiral, otros tienen forma de T, de 7 o de herradura, con distinta posición de metales y plásticos. Se coloca en el útero.
- **ESPERMICIDAS (gel, cremas, espuma, supositorio vaginal):** son sustancias que inactivan o matan a los espermatozoides. Se usan preferentemente como complemento de otros métodos, aunque a veces solos.
- **ESPONJA VAGINAL:** es un disco cilíndrico de poliuretano con estructura de esponja empapada de espermicida, que se coloca en el fondo de la vagina, a modo de tampón del cuello del útero.
- **PÍLDORA ANTICONCEPTIVA:** es una píldora cuyo contenido hormonal evita la ovulación. Es de ingestión diaria, durante el mes seguido o 21 días, según el tipo de píldora.

- **INYECCIÓN HORMONAL**: es un compuesto hormonal que se administra en forma de inyección intramuscular una vez al mes o cada tres meses, según el tipo de inyección. También actúa impidiendo la ovulación.
- **IMPLANTE SUBDÉRMICO**: son 5 pequeñas cápsulas de Silastic que contienen hormonas. Se introduce debajo de la piel del antebrazo mediante una pequeña incisión, con anestesia local. Su acción dura 4 años.
- **ESTERILIZACIÓN ANTICONCEPTIVA**: es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo propio e inmediato bloquear, definitiva o temporalmente la facultad generativa de una persona.

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA:

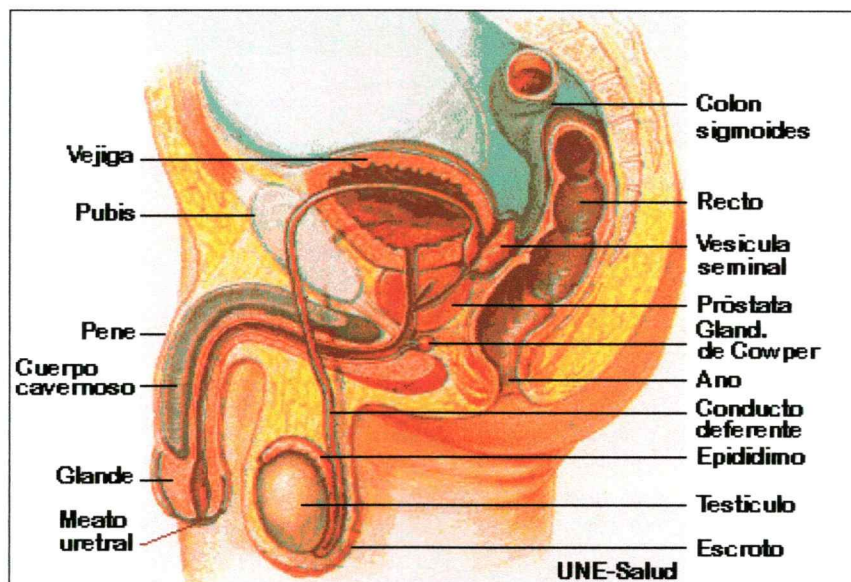
Hay quienes la clasifican según se la considere como, *objetivo final* o como *medio*. Se buscaría como fin en sí misma, en el ámbito de la planificación familiar, donde se pretende no concebir más hijos. En cambio, la esterilización quirúrgica tiene carácter de *medio* cuando lo que se pretende es prevenir posibles complicaciones peligrosas para la salud que podrían derivar de un eventual embarazo.

En el hombre el método de esterilización es denominado *Vasectomía*.

La vasectomía se hace generalmente en el consultorio del cirujano, mientras el paciente está despierto bajo anestesia local. Se hace una pequeña incisión en la parte superior del escroto, debajo del pene, luego se ligan y se cortan los conductos deferentes para separarlos. Se cierra la incisión en la piel con puntos de sutura. El paciente puede volver a su casa inmediatamente, puede retornar al trabajo al día siguiente (si es un trabajo sedentario) y reanudar la actividad física extenuante en un lapso de 3 a 7 días. Esta cirugía no afecta la capacidad del hombre para alcanzar orgasmos, eyacular y lograr erecciones (potencia). La producción de líquido en la eyaculación continúa normalmente, pero sin presencia de espermatozoides, de tal manera que el hombre no puede embarazar a su compañera. La mayoría de los hombres se recuperan rápidamente sin problemas.

El conteo de espermatozoides disminuye gradualmente. Después de la vasectomía y entre la 4ta y 6ta semanas ya no hay presencia de espermatozoides en el semen. Antes de que el paciente pueda confiar en la vasectomía como método para el

control natal, una muestra de semen examinada un mes o más, después de la vasectomía debe resultar totalmente libre de espermatozoides. Se recomienda continuar con el uso de anticonceptivos hasta que los resultados de 2 a 3 exámenes de conteo de espermatozoides arrojen resultados negativos, lo cual indica que el paciente es estéril.

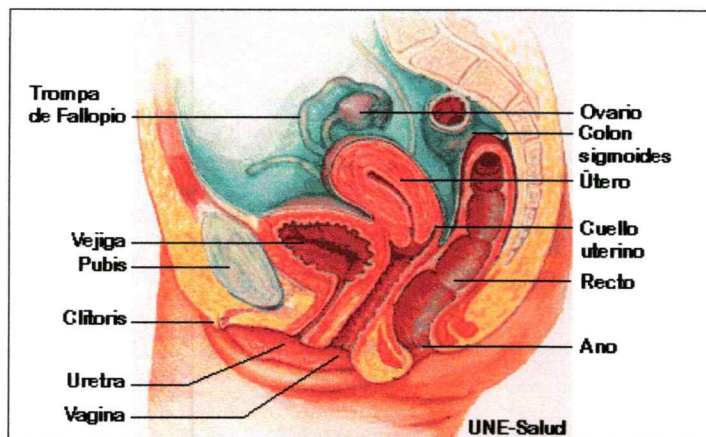


*Aparato Genital Masculino*¹⁷

La Esterilización quirúrgica femenina es prácticamente sinónimo de *Ligadura de Trompas.*, la cual consiste en una cirugía que se realiza con el fin de unir las trompas (trompas de Falopio) de una mujer, lo que produce esterilidad permanente

¹⁷ Universidad Nueva Esparta. “Aprender con tecnología” en www.une.edu.ve

ya que se evita el paso del óvulo hacia el útero y se obstruye el paso de los espermatozoides hacia la trompa y hasta el ovario que está ovulando, en el cual normalmente se lleva a cabo la fertilización.



*Aparato Genital Femenino*¹⁸

METODOS: la minilaparatomía y la laparoscopia.

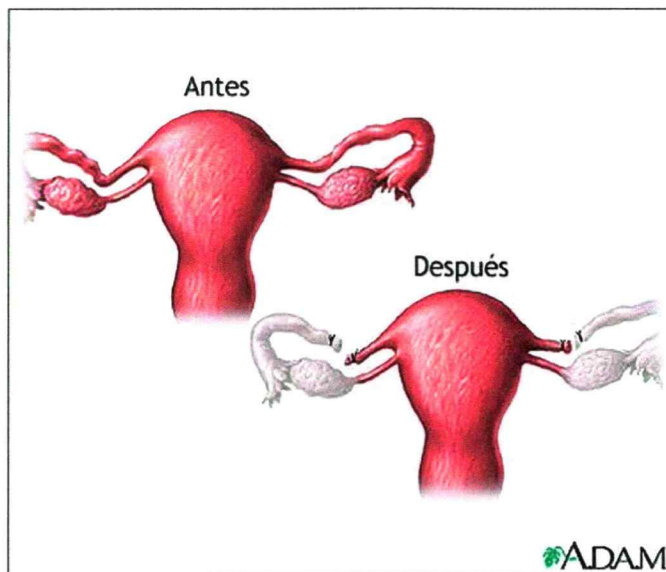
En la *minilaparatomía* se hace una pequeña incisión en el abdomen para localizar las trompas de Falopio; posteriormente se las saca fuera del cuerpo por medio de una incisión, se extrae una porción de éstas y se atan las extremidades.

En la **laparoscopia** primeramente se insufla el abdomen de la mujer con dióxido de carbono o con gas de óxido nitroso creando un espacio entre el intestino y el abdomen. Luego se inserta una luz de fibra óptica (haciendo una perforación en la

¹⁸ Idem, nota 17

pared abdominal) y un instrumento coagula las trompas con una corriente eléctrica o coloca una faja o una grapa en las trompas.

Como toda intervención quirúrgica, pueden aparecer algunas complicaciones, tales como: infecciones, daño a la vejiga, quemaduras y perforación del intestino. A largo plazo puede surgir el “síndrome de posligadura de las trompas”: dolor severo durante la menstruación, de largos y más profusos períodos, dolor durante el acto sexual, en la pelvis, tumores en los ovarios. Los ovarios no funcionan adecuadamente ya que sufren la interrupción del suministro de sangre.



Trompas de Falopio, Antes y Después de la Esterilización Quirúrgica¹⁹.

¹⁹ Idem nota 17

Algunos médicos consideran que la ligadura de trompas no es 100% efectiva ya que puede surgir el embarazo por un error en la cirugía, por equipo dañado o por los procesos naturales en donde el cuerpo restablece una conexión desde el útero hasta la cavidad abdominal.

Las únicas esterilizaciones quirúrgicas que son 100% efectivas son la castración del hombre, mediante la remoción de los testículos y la castración en la mujer, haciendo lo propio con los ovarios. Esto significa que, si la recanalización no fuera posible, se puede recurrir a una técnica de fertilización asistida. Cuando es factible la recanalización, puede realizarse mediante técnicas convencionales o microquirúrgicas. Estas últimas brindan mejores resultados. Incluso cuando se logra la reconstrucción quirúrgica, ello **no garantiza** que pueda lograrse un embarazo de término.

La probabilidad de éxito de los intentos de recanalización depende del procedimiento que se empleó para la esterilización. Los procedimientos que extirpan o inutilizan **4 cm o más** de la extensión de las trompas, como la técnica de Minilaparatomía, reducen drásticamente la factibilidad de la recanalización. Los métodos que producen un daño de menor extensión son el anillo

de Yoon y, sobre todo, los broches de Hulka y Filshie, colocados, como se menciona anteriormente, en el método de Laparoscopia. Estos últimos sólo aplastan unos pocos milímetros del trayecto tubario y normalmente no interfieren con la irrigación sanguínea de las porciones intactas de las trompas.

En relación a la Recanalización el Dr. Savarí, Profesor de la Universidad de Cuyo, explica que “debe notarse que todos los procedimientos de recanalización son técnicamente más complejos, más costosos y menos exitosos que las intervenciones de esterilización”²⁰.

²⁰ CIRUZZI, Susana. “la Ligadura tubaria como práctica médica y su inserción en el derecho penal” en http://www.revistapersona.com.ar/ligadurasiverino2.htm#_ftnref75

Capítulo V:

ASPECTOS JURIDICOS

El Estado tiene la ineludible responsabilidad de garantizar las condiciones necesarias para que el derecho a la salud integral sea ejercido por las mujeres y los hombres en plenitud. Por ello deberá promover actividades tendientes a alcanzar el bienestar de cada persona y familia.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". En este marco, la contracepción quirúrgica debe ser considerada una alternativa médica tendiente a alcanzar tales fines.

En nuestro país hay un acceso muy diferenciado al ejercicio de estos derechos por parte de las mujeres de menores recursos económicos y por parte de las mujeres de la mayoría de las provincias, en especial las del noroeste del país.

Las mujeres de los sectores sociales medios y altos atienden sus necesidades en materia de salud sexual y

reproductiva a través del sistema privado de atención, que garantiza una mediana calidad de los mismos.

La falta de programas de salud que consideren a la mujer como sujeto de esas políticas y no exclusivamente en su condición de madre, la carencia de programas de planificación familiar o paternidad responsable, el deterioro creciente del sistema público de salud, en fin, la progresiva privatización del cuidado y la prevención en materia de salud que afecta negativamente a las personas de menores recursos, repercuten obviamente en las posibilidades de ejercer éstos y la mayoría de los derechos declarados en nuestra Constitución.

Derecho a la Salud. Derechos Sexuales y Reproductivos

La salud ha sido reconocida, como mencionamos anteriormente, en el ámbito nacional e internacional, como un Derecho Humano, inherente a la dignidad humana.

La primera norma internacional que consagra expresamente el derecho a la salud data de 1946 y es la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) que refiere como uno de los derechos fundamentales “el disfrute del más alto nivel posible de salud”.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su Art. 25 establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure (...) la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica...”.

El derecho a la salud también se encuentra consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su Art. 12 establece “los estados parte deberán tomar las medidas necesarias para la creación de condiciones que aseguren a todos, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad para asegurar a toda persona el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Pacto tiene jerarquía constitucional, de conformidad a lo establecido en el Art. 75 inc. 12 de la Constitución Nacional.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, denominado “Protocolo de San Salvador”, firmado por la República Argentina, establece en su art. 10.1 el derecho a la salud en los siguientes términos “toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Dice en el punto 10.2

que “Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los estado parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público.

Del Derecho a la Salud se desprenden los denominados Derechos Sexuales y Reproductivos.

Entendemos por *Derechos Sexuales* “aquellos derechos Humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres (sin padecer ningún tipo de coacción, discriminación ni violencia), sobre la propia sexualidad, tanto en sus aspectos corporales y relacionales, como en sus aspectos reproductivos.”²¹

Los *Derechos Reproductivos*, “son aquellos derechos sexuales que implican la libre determinación sobre la propia fertilidad”²².

Todos ellos deben ser garantizados a todas las personas cualquiera fuere su estado civil, edad, sexo, religión, etnia o preferencia sexual.

Estos derechos son parte de los Derechos Humanos y su principal fuente de reconocimiento han sido las Conferencias de

²¹ PALMA, ZULMA. “*La Salud Sexual de las Mujeres y sus Derechos Sexuales y Reproductivos de cara al Siglo XXI*” Trabajo presentado en las Jornadas de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana en Octubre de 1999

²² Idem

Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de 1994 y sobre la Mujer de 1995.

En la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (con jerarquía constitucional –Art. 75 inc. 22 C.N.-) consagra en su Art. 12: “Los estados adoptarán las medidas para eliminar la discriminación en el acceso a los servicios de atención médica, inclusive en los que se refieren a la planificación familiar y garantizarán los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto, el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”.

Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable

El 30 de octubre de 2002 fue sancionada en nuestro país, la **Ley 25.673**, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable.

Dicha Ley posee objetivos principalmente preventivos, al apuntar a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, evitar embarazos no deseados, prevenir enfermedades de transmisión sexual y patologías genitales mamarias, entre otros.

Específicamente hablando de la *procreación responsable*, habla de una prescripción y suministro de métodos y elementos anticonceptivos, los cuales serán entregados a los beneficiarios, previamente haber recibidos éstos, información y asesoramiento acerca de cuál es el método anticonceptivo apropiado, cuáles son sus ventajas y desventajas.

En cuanto al tema que nos ocupa, la Ligadura Tubaria, establece que, *deberían autorizarse* dichas prácticas, por reunir en principio, los recaudos exigidos por la ley y resultar un método anticonceptivo de alta eficacia.

Al parecer, por como lo enuncia la Ley, la Ligadura Tubaria debería ser una práctica sin mayores requisitos, ni procedimientos, más que el contar con el consentimiento escrito de la paciente. Pero como se mencionó en un comienzo, esto no ocurría así en algunas Provincias Argentinas. Las mujeres debían someterse²³ a un sinnúmero de trámites, estudios, entrevistas, que llevarán a que sea un Juez quien decida sobre su futuro y sobre su propio cuerpo.

La esterilización femenina y masculina estaba regulada (y limitada), por la Ley 17.132 de “Ejercicio de la medicina,

²³ Hasta la sanción de la Ley 26.130

odontología y actividades de colaboración”. El Art. 20 establecía, la regla de prohibición para profesionales de la salud de “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”

La decisión de someterse a una esterilización quirúrgica, “importa una conducta autorreferente, como tal, exclusiva del sujeto que la adopta, librada a su criterio y referida solo a él. Es una decisión tomada conforme a su libertad de conciencia y al derecho de privacidad, inofensiva para el orden y la moral pública y que no afecta derechos de terceros, por lo cual resulta jurídicamente inobjetable”.²⁴

Esta conducta autorreferente se encuentra amparada en el Art. 19 y Art.75 inc.22 de nuestra Constitución Nacional, en la Convención Americana de Derechos Humanos y en la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, por citar algunos de los tratados a los que nuestra constitución ha dado Jerarquía Constitucional. En estos artículos se garantiza el derecho a la protección de la

²⁴ BLANCO, L. “Aspectos jurídicos de la ligadura de trompas de Falopio” para el Comité Hospitalario de Ética del Hospital de Clínicas “José de San Martín” Facultad de Medicina, UBA, septiembre de 2000,

salud de las mujeres, ya sea en relación al acceso de servicios sanitarios adecuados, como también al acceso de información y asesoramiento sobre planificación familiar, contando con los mismos derechos que el varón a decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desea tener, el intervalo entre éstos, y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

El **Consentimiento Informado** aparece aquí, como legitimador de esta conducta autorreferente.

El concepto mismo de “Consentimiento Informado” (en el sentido de consentimiento esclarecido), es de aparición relativamente reciente en nuestro derecho. No obstante, tanto en el Código Civil como en las cartas constitucionales encontramos criterios orientadores firmes, útiles para construir una “doctrina legal” del consentimiento informado acorde con nuestro propio sistema jurídico, respetuoso de valores y derechos de raigambre constitucional, integrado al “derecho internacional de los Derechos Humanos”

Conceptualmente el consentimiento informado, puede definirse como “el asentimiento del paciente (y/o padre, tutor o encargado) a recibir un procedimiento médico o intervención

quirúrgica luego de haber incorporado y entendido toda la información necesaria para tomar una decisión libre e inteligente”²⁵.

La base del fundamento jurídico en que se sustenta esta herramienta médica, es el respeto de los derechos personalísimos ya que el derecho que asiste a los pacientes, es poder conocer todo aquello que necesitan saber con el fin de tomar libremente la decisión de continuar adelante o no con la propuesta diagnóstica o terapéutica del médico.

Para los bioeticistas el consentimiento informado se justifica por el principio de autonomía y por el respeto de la dignidad de las personas, y se refiere a la obligación de los operadores y profesionales de la salud a respetar las decisiones tomadas por los pacientes acerca del tratamiento que se realizará.

El respeto de este principio requiere del médico: no ejercer coerción para lograr que el paciente haga un tratamiento, suministrar la adecuada información que permita al paciente arribar a una decisión, respetar los valores e intereses del enfermo, Es decir, la persona deberá elegir bajo total

²⁵ CIFUENTES, S. “Derechos personalísimos” Ed. Astrea, 1995.

conocimiento de *su situación* qué es lo que *desea para sí*. Por ello, no debemos olvidar que para que un consentimiento informado sea válido debe provenir de pacientes capaces para el acto²⁶.

Se considera necesario por lo tanto, el trabajo interdisciplinario de los distintos profesionales que estén implicados en el área de Salud: Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Enfermeros, los cuales deberán acompañar al paciente en todo este proceso de decisiones.

El Dr. Elena Alfredo, Especialista en Medicina Reproductiva, Jefe del Área de Obstetricia del Hospital Especializado Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata, asegura que la información que reciba la paciente, y por consiguiente el procesamiento de todo lo brindado por los diferentes profesionales, ayudará a la mujer a decidir sobre su futuro. Afirma que es fundamental dedicar el suficiente tiempo a la toma de decisiones. No es recomendable que la peticionante decida esterilizarse estando embarazada, porque dicha condición, es muchas veces determinante. Algunas mujeres por pasar por embarazos dolorosos, piden una Ligadura, pensando

²⁶ En aquellos casos en los que el paciente no pueda dar su consentimiento, el profesional debe requerírsele a sus representantes legales, y ante la falta de estos pueden prestar su consentimiento los parientes o personas más próximas al enfermo

que esa será su solución, y tiempo después viene el arrepentimiento, cuando su hijo menor ha crecido y desea volver a tener descendencia.

A modo de enunciación, podemos citar en consecuencia, los siguientes datos que debe contener todo consentimiento informado:

- 1) Datos del paciente y del médico que brinda la información.
- 2) Datos suficientes sobre la enfermedad; operación o tratamiento a seguir.
- 3) Detallar en forma clara y precisa los riesgos que pueden presentarse, ya sean los típicos como los infrecuentes.
- 4) Molestias previsibles.
- 5) Distintos procedimientos alternativos existentes para tratar la enfermedad
- 6) Detallar los beneficios que se esperan, y los efectos de no realizarse ninguna intervención..
- 7) Comunicarle al paciente la posibilidad que tiene de cambiar de opinión en cualquier momento.
- 8) Declaración del paciente expresando su consentimiento y satisfacción con la información que se le brinda

Situación Legal en las distintas Provincias Argentinas

Con anterioridad a la Ley 26.130, en algunas provincias de la República Argentina, existía una Ley de Salud reproductiva que permitía la Lisis Tubaria sin autorización judicial: Chaco, Chubut, Córdoba, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquen y Río Negro, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La *Provincia de La Pampa* es pionera en el país en legislar sobre Procreación responsable creando en el año 1991 el "Programa provincial de procreación responsable". La Ley N° 1363 del 27/11/91, que menciona "se brindará a toda la población que lo requiera, información, orientación y prestaciones de servicios que aseguren el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre sus pautas reproductivas". Para realizar los procedimientos de contracepción quirúrgica, se debe contar con la manifestación escrita del consentimiento informado, necesidad ética y jurídica.

Asimismo la información es considerada como uno de los derechos fundamentales de los pacientes y uno de los deberes

ineludibles de los profesionales. Una profunda reflexión y análisis de cada situación sobre las consecuencias futuras, como así también sobre otros métodos de anticoncepción debieran preceder a esta importante decisión.

En dicha Ley se destaca la importancia de la participación y apoyo de un equipo multidisciplinario, que asista a las mujeres y hombres que se sometan a estas técnicas, brindándoles una información adecuada y comprensible sobre los riesgos y resultados esperados.

Los profesionales de la salud se podrán amparar en la objeción de conciencia, teniendo en cuenta que de ningún modo ésto es justificativo para que el efector del subsector estatal rechace la práctica solicitada. Es responsabilidad de la autoridad competente arbitrar las medidas necesarias para la realización de los procedimientos mencionados en la misma institución o en otro sector de la red.

La Constitución de la *Ciudad Autónoma de Buenos Aires* en su Art. 37 hace referencia a los derechos reproductivos y reza, "Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación,

el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. Se garantiza la igualdad de derechos y responsabilidades de mujeres y varones como progenitores y se promueve la protección integral de la familia".

A su vez, la Ciudad de Buenos Aires cuenta con la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, la cual resalta el derecho de la mujer a la autodeterminación, a la libre elección de métodos anticonceptivos (luego de haber recibido una amplia información de todos los métodos) y según lo determine el médico luego de haber realizado los exámenes médicos correspondientes. Sumado a ello, desarrolla una tarea de promoción de la salud porque junto a la consulta está el control; por último, establece la justicia porque posibilita, al ser gratuitos, la accesibilidad a los métodos a todas las mujeres, sin excepción.

En la *Provincia de Río Negro*, fue sancionada la ley provincial N° 3.059 la que dispone expresamente que los establecimientos médicos asistenciales, ya sean públicos o privados, aplicarán métodos de contracepción quirúrgica tales como ligadura de Trompas de Falopio y vasectomía, sin

autorización judicial. Teniéndose como requisito el consentimiento del paciente.

Por su parte la Ley N° 509 de la *Provincia de Tierra del Fuego* determina que en los casos en que los métodos anticonceptivos convencionales resulten insuficientes para salvaguardar la salud de los beneficiarios, éstos podrán recurrir a los métodos de anticoncepción quirúrgica como ser ligadura de trompas de Falopio y vasectomía.

También hay que mencionar el caso de la *Provincia de Mendoza*, en la que se encuentra actualmente en tratamiento parlamentario un proyecto de ley que garantiza la realización de prácticas de este tipo sobre la base del derecho a la autodeterminación, entendiendo que él/la paciente tiene el derecho al completo bienestar físico mental y social, así como a decidir conscientemente sobre su salud y planificación familiar.

LEY NACIONAL 26.130²⁷

Actualmente en la Argentina se sancionó la Ley 26.130, la cual establece que, toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “

²⁷ Ver anexo I

ligadura bilateral de trompas de Falopio y ligadura bilateral de conductos deferentes o vasectomía”, en los servicios del sistema de salud de todo el país como prácticas de planificación familiar o contracepción no abortivas.

Esta Ley surge por iniciativa de las diputadas Juliana Marino (FV-Capital); Marcela Rodríguez (ARI-Capital), y María del Carmen Rico (Peronismo Federal-Buenos Aires), la cual, pretendía igualar la normativa en materia de anticoncepción quirúrgica en Argentina, permitida en 14 provincias, como se menciona anteriormente.

La Ley, en un principio, plantea la libertad de toda persona mayor de edad, judicialmente capaz, de decidir sobre el método anticonceptivo que desea utilizar, tanto en sistemas públicos o privados de salud.

Con respecto al papel de los profesionales en torno a la aplicación de esta ley, se indica: “En todos los casos, las prácticas deberán ser realizadas por personal médico idóneo debidamente acreditado para tal fin, en instituciones habilitadas según la reglamentación de la presente ley”, y aclara: “Se respetarán las objeciones de conciencia de los profesionales médicos que así lo expresen tanto en la parte asistencial pública

como privada. Esto no quita responsabilidad a los servicios de la red asistencial pública o privada de la prestación de esta práctica, debiendo arbitrar los medios, en todos los casos, para posibilitar su realización”.

Juegan un papel importante los profesionales en cuanto que estos, son los encargados de proveer la información apropiada y de manera adecuada a las personas que solicitan una esterilización quirúrgica, a fin de que ésta pueda tomar su decisión de manera “consiente y sin dudas²⁸”. Como destaca en su **Artículo 4º**: “El profesional médico interviniente, en forma individual o juntamente con un equipo interdisciplinario, debe informar a la persona que solicite una ligadura tubaria o una vasectomía sobre:

- a) La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar;
- b) Las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos;
- c) Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

²⁸ ELENA, Alfredo; “El asesoramiento fomenta la elección voluntaria” Consultorio de Planificación Familiar. En www.notisalud.com.ar

Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la persona concerniente”.

La sanción de ésta ley, permite hoy en día, a mujeres y hombres, poder elegir libremente, el método anticonceptivo que considere adecuado, previo asesoramiento de un profesional idóneo, según sus necesidades y proyectos de vida.

Actualmente, en la Ciudad de Mar del Plata, esta ley esta siendo aplicada en todos los Centros de Salud. La persona solicitante no necesita de una orden judicial que la autorice a realizarse una Ligadura Tubaria o una Vasectomía, como método de planificación familiar.

El Poder Judicial, ya no realiza recursos de amparo para este tipo de pedidos.

Capítulo VI:

DECISION Y RELIGIÓN

La Iglesia Católica y algunas de las iglesias protestantes aún enseñan que la esterilización intencional, directa, perpetua o temporal, es una forma inmoral del control de la natalidad, tanto del hombre como de la mujer (*Humanae Vitae*, 14).

La opinión contemporánea es que, el cuerpo le pertenece sólo a uno. Sin embargo, la creencia tradicional es que somos administradores de nuestros cuerpos, dones de Dios, que nunca deben ser mutilados. Esta creencia coloca un freno en el poder que tiene el estado y en la voluntad del individuo.

La esterilización quirúrgica anticonceptiva ha sido reprobada por el Magisterio de la Iglesia Católica. La ligadura de trompas sería una operación directamente contraceptiva y, por ende, contraria a la norma moral. Sólo se considera lícita, por la Iglesia Católica, cuando no existiendo otra posibilidad de terapia, haya que recurrir a ella, siendo la indicación exclusivamente terapéutica, no ofreciendo reparos morales. En estos casos, se considera más importante la vida del individuo que un órgano o una función orgánica.

La Iglesia Católica en un comunicado, afirmó que la ligadura de trompas y la vasectomía "privan a la persona de las funciones de un órgano sano. Por esto mismo —agregan— no son terapéuticas (no curan, sino que anulan el normal funcionamiento del cuerpo) y su legalización constituye una violación al derecho humano a la integridad corporal cayendo así en una insalvable inconstitucionalidad"²⁹. "El hombre no es propietario ni dueño absoluto de su cuerpo, por lo que la disposición sobre sus órganos y miembros está sujeta a principios y normas que deben observar tanto el interesado como el médico interviniente.

La ley 26.130, autoriza una mutilación corporal que vulnera la dignidad de la persona humana", dijeron Alberto E. Solanet y Juan Manuel Medrano, presidente y secretario, respectivamente, de la Corporación de Abogados Católicos.³⁰

Es importante aclarar que, la Iglesia Católica ha demostrado siempre su oposición a la utilización de cualquier método anticonceptivo, no solo a la realización de esterilizaciones quirúrgicas.

²⁹ Diario La Nación "Voces a favor y en contra de la esterilización quirúrgica". Información general. Sábado 17 de Junio de 2006. Pág. 25

³⁰ Idem

Por todo lo desarrollado en el transcurso de estos seis capítulos podemos afirmar que, la mujer solicitante de una ligadura tubaria, no solo debía transitar un largo recorrido por distintas instituciones y consultar con diversos profesionales, para obtener una autorización judicial, que decidiera sobre su cuerpo, sino que también debía y debe hoy en día, cargar con la “culpa”³¹ de saber que, para su religión. ella esta tomando una decisión sobre un cuerpo que no le pertenece.

³¹ En el caso de las mujeres que pertenecen a la Religión Católica.

Segunda
Parte:
Aspectos Metodológicos

CUESTIONES METODOLÓGICAS:

El presente trabajo de investigación responde a una Metodología Cualitativa, ya que a través de éste se pudo conocer la estructura de las prestaciones y servicios públicos, para la atención de mujeres que solicitan una Esterilización Quirúrgica voluntaria, explorando el soporte legal vigente e identificar la situación socio- económica, cultural y educacional de las mujeres solicitantes de una Ligadura Tubaria en servicios públicos.

“La *metodología cualitativa*, es la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”.³²

Si bien existen publicaciones acerca del rol del trabajador social en el área de la salud, la intención de la presente investigación suscita, del interés de la investigadora en, avanzar desde la perspectiva del Trabajo Social en el conocimiento del tema específico estudiado; conocer cuales son sus alcances y limitaciones. El tipo de estudio utilizado es el Exploratorio-Descriptivo.

³² TAYLOR, S.J; BOGDAN, R. “Introducción a los métodos cualitativos de la investigación”. Ed. Piados. Barcelona. 1992. Pag 19-20.

“Las investigaciones exploratorias están destinadas a producir nuevas ideas o nuevos procedimientos de medición; a conseguir una familiarización con especies de hechos desconocidos o aún no comprendidos; las investigaciones descriptivas, buscan establecer las características generales de una población a partir de lo que se encuentra en una muestra”.³³

ACCESO AL CAMPO

Inicialmente, y a fin de poder obtener un primer acercamiento a la temática estudiada, la autora comenzó su trabajo de campo, manteniendo entrevistas semi-estructuradas con Informantes Claves.

El primer contacto se realizó en Casa de Justicia³⁴, donde se mantuvo una entrevista semi-estructurada, con la Trabajadora Social de dicha institución, Mg Alejandra García Morillo. El objetivo de dicha entrevista fue:

- Conocer los Barrios de procedencia de las mujeres solicitantes de Ligadura Tubaria,

³³ SAMAJA, J. “Epistemología y metodología”. Ed. Eudeba. 3° edición. Bs. As. 2001, pag 271

³⁴ Casa de Justicia, es una dependencia del Ministerio Público, encargada de brindar asesoramiento y asistencia jurídica, a personas que no pueden solventar por sus propios medios, el patrocinio de un Abogado. Dicho Centro cuenta con Abogados, Psicólogos y Trabajadores Sociales.

El fin del presente objetivo era, poder detectar cuales eran los Centros de Salud Municipales, que más atendían este tipo de demanda, y por consiguiente mantener entrevistas con los Trabajadores Sociales correspondientes a dichos Centros de Salud Municipal.

El segundo informante clave entrevistado, fue la Dra. María Luisa Fux, Defensora Titular, de la Defensoría Oficial N°4. Allí se mantuvo una entrevista semi-estructurada cuyo objetivo fue:

- Conocer cual es el procedimiento jurídico que se llevaba a cabo para obtener una autorización judicial por parte de las mujeres que solicitan una esterilización quirúrgica voluntaria.

El último informante clave entrevistado fue el Dr. Alfredo Elena, Jefe del Área de Obstetricia del Hospital Especializado Materno Infantil. Allí la autora se planteo el siguiente objetivo:

- Indagar acerca del procedimiento médico, al que se someten las mujeres que solicitan una ligadura tubaria.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La ciudad de Mar del Plata cuenta con 2 Hospitales Públicos: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil y Hospital Interzonal General de Agudos. Los mismos dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. A su vez se encuentran funcionando 29 Unidades Sanitarias y 10 Postas Sanitarias las cuales están a cargo de la Municipalidad de General Pueyrredón. Las mismas están abocadas a la atención primaria de la salud, ubicadas estratégicamente a lo largo de toda la ciudad de Mar del Plata.

La muestra estuvo constituida por 3 Unidades Sanitarias Municipales, en las cuales se trabajaba³⁵ con un promedio de 25 solicitudes de esterilización quirúrgica al año. Dichas Unidades Sanitarias son las denominadas: Libertad, Centenario y Las Heras. A su vez se tuvo en cuenta el rol del Trabajador Social dentro de los Hospitales Públicos anteriormente mencionados, siendo estos los establecimientos en los cuales, una vez obtenida la autorización judicial, las mujeres debían concurrir para realizarse la Esterilización Quirúrgica.

³⁵ El promedio fue brindado por la Lic. García Morillo, antes de entrar en vigencia la Ley 26.130

El **Subcentro Libertad**, se encuentra ubicado al Noroeste de la Ciudad de Mar del Plata. Los barrios de influencia son: Barrio Libertad y Virgen de Lujan.

La **Unidad Sanitaria Centenario** se encuentra emplazada en el centro de la Ciudad de Mar del Plata. Sus barrios de influencia son: Centenario, Los Andes, Rivadavia, Kennedy, Don Bosco y Sarmiento.

La **Unidad Sanitaria Las Heras** se encuentra ubicada al sudoeste de la Ciudad de Mar del Plata. Los barrios de influencia son: Las Heras, Las dos Marías, Parque Palermo, Bosque Grande.

El tipo de muestra utilizado para el desarrollo de la presente investigación es el de intencional-opinático, siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. En este tipo de muestra, se seleccionan los informantes con un criterio estratégico personal, que no responde al azar, al cálculo ni a leyes de probabilidad, sino al método que permite investigar y recoger la información más relevante para su estudio.³⁶

³⁶ OLABUENAGA, J.I; " Metodología de la investigación cualitativa". Ed. Eudeba. 3º edición. Bs. As. 2001.

Se llevaron a cabo 5 entrevistas semi-estructuradas a los Trabajadores Sociales que desempeñan su labor profesional en los Centros de Salud antes mencionados.

Y por último, se realizaron 12 entrevistas semi-estructuradas focalizadas a mujeres que solicitaron una Ligadura Tubaria en las respectivas instituciones.

TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS:

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la recopilación documental (Lectura de archivos, informes, investigaciones previas, entre otros) y las entrevistas semi-estructuradas a trabajadores sociales, médicos, abogados y a mujeres peticionantes de esterilización quirúrgica. En éste último tipo de técnica, se establece una lista de temas en los que se focaliza la entrevista, derivados de los objetivos planteados que se pretenden investigar. Posee como característica principal la no estandarización formal de las preguntas, lo cual dejó la posibilidad a la investigadora de realizar modificaciones en el transcurso de las entrevistas.

Todas las entrevistas se realizaron durante los meses de Julio y Agosto de 2006. El tiempo de las mismas oscilo entre los 30 y 40 minutos y fueron realizadas por la investigadora.

MÉTODOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El análisis de datos, se llevó a cabo básicamente a través de una descripción densa, que tiene como rasgo característico la interpretación, la cual surge a partir del flujo del discurso social, obtenido a través de las diferentes entrevistas realizadas.

La comparación constante, es el método que se utilizó para analizar e interpretar los datos. El mismo consiste, simultáneamente, en la maximización y minimización tanto de las diferencias como de las similitudes que se encuentran en los datos recabados.

Tercera Parte:
Presentación de los
Resultados

Análisis e interpretación de los datos

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los datos obtenidos, durante las entrevistas realizadas a los trabajadores Sociales³⁷, utilizando como ejes fundamentales: rol del trabajador social ante una solicitud de Ligadura Tubaria y el Trabajo Interdisciplinario para el desarrollo de dicha intervención.

a) Rol del Trabajador Social ante una solicitud de Ligadura Tubaria:

Cuando hablamos de rol, se hace indispensable identificar dicho concepto según lo define Ander-Egg, “aquél comportamiento o papel que debe desempeñar un Trabajador Social tomando en cuenta la posición o status que ocupa dentro de la sociedad”. En un sentido más restringido se habla de "rol profesional" a aquella función que se desempeña y que los otros esperan que desempeñe, en aquellos que ejercen una determinada profesión.

³⁷ Las entrevistas realizadas a los Trabajadores Sociales se llevaron a cabo durante el mes de Julio, momento en el cual la Ley 26.130 no había sido sancionada aún, solo existía el **proyecto de Ley**.

En relación con la temática planteada, mujeres que solicitan voluntariamente una ligadura tubaria el rol fue identificado por los mismos trabajadores sociales básicamente como un rol de **“Educador y Asesor”**.

“...desde el servicio social de la Salita nos abocamos exclusivamente a informar a la mujer sobre otros métodos anticonceptivos, sobre otras posibilidades por las que puede optar antes de someterse a una ligadura tubaria”.

...” Desde nuestro rol profesional buscamos que la mujer tome decisiones, estando informada”.

“...El trabajador social básicamente cumple una función de hacedor de información a la mujer que solicitó una ligadura...”

Estas actitudes **“asesoras”** y **“educativas”**, se vislumbran claramente, en el desarrollo de las entrevistas realizadas. Este tipo de intervenciones son denominadas por Cristina De Robertis como **“Intervenciones Directas”**.

Las intervenciones educativas se encargan de transmitir un saber utilizando la palabra, la escritura u otros medios, que permiten establecer una relación directa con el otro. Aquí “el trabajador social utiliza prioritariamente sus conocimientos y su saber para responder a las necesidades del asistido. Trata de

aportarle conocimiento referido a diversos campos: legislación social, derechos humanos, recursos, organismos,(...) también todo lo que concierne en el campo de la salud, la alimentación, los cuidados de los niños pequeños, la organización familiar, etcétera”³⁸

Se busca mediante este rol de *educador o asesor* que la persona pueda tomar libremente su decisión, respetando uno de los derechos humanos más importantes, la Libertad.

La persona puede elegir libremente sólo aquello que conoce. He aquí entonces, un espacio de acción en el que, los trabajadores sociales, como mediadores entre las instituciones y la gente, adoptan para trabajar.

El trabajador social sustenta su accionar en la capacidad reflexiva del otro. Busca a través de la comunicación racional trabajar *con* la persona y no *para* la persona. La palabra por lo tanto es una herramienta fundamental en la práctica profesional.

Es fundamental que el trabajador social pueda, a través de la comunicación explicar a la solicitante todas las causas, consecuencias, derechos y otras posibilidades (si las hubiese) antes de realizarse una Lisis Tubaria.

³⁸ DE ROBERTIS, Cristina. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina 1988. Pagina 147

En la mayoría de los casos, según lo referido por los Trabajadores Sociales, las mujeres fueron aconsejadas por los médicos para que se realicen una Ligadura Tubaria, como consecuencia por lo general, de un elevado número de hijos (lo que les ha traído aparejado serios problemas de salud e incluso riesgo de muerte ante la posibilidad de un futuro embarazo).

En este tipo de situaciones el Trabajador Social debe disminuir la ansiedad de la mujer solicitante, disminuyendo sus temores, sus culpas, etc.

La interrupción voluntaria y definitiva de la capacidad de procrear a través de una operación, trae frecuentemente consecuencias en la identidad y en el autoestima. Se trata de una experiencia que implica la trasgresión a un mandato muy importante: el deber de procrear.

Se resaltó dentro de este punto, la necesidad de incorporar a la pareja de la mujer solicitante, en estas “charlas informativas”, entre el Trabajador Social y la mujer, debido a los grandes mitos que circulan a través de dicha intervención.

Algunos profesionales resaltaron:

... “Me parece fundamental que el hombre participe de los encuentros que tenemos con las solicitantes, si no el hombre

queda siempre ajeno, por comodidad o temor, a todo lo que esté relacionado con la planificación familiar ”...

...”A los hombres les cuesta mucho participar de los talleres que brindamos en la salita sobre salud sexual, parece que la planificación familiar estuviera solo a cargo de las mujeres”...

...”Cuando con mi compañera empezamos a trabajar las solicitudes de ligadura tubaria en la salita, nos dimos cuenta que los hombres no venían a la consulta, pero transmitían sus inquietudes a través de sus parejas....algunos no querían que sus mujeres se realizaran una esterilización quirúrgica porque temían que éstas no disfrutaran más de las relaciones sexuales...hay muchos mitos que hay que trabajar y erradicar....es necesaria la participación del hombre y de la mujer”...

Otro dato importante, surgido de las entrevistas realizadas, es que, en el centro donde se realizan charlas sobre “Educación sexual y reproductiva”, cuando se hace entrega de los anticonceptivos, el número de solicitudes para realizarse una Ligadura Tubaria, es menor que en las Unidades Sanitarias en

las que carecen de este servicio³⁹. Por ejemplo en el Subcentro Libertad el promedio oscila en unas veinte solicitudes al año, al igual que en la Unidad Sanitaria Cenetario. En cambio en la Unidad Sanitaria Las Heras se trabaja con un promedio de 3 solicitudes al año.

Los trabajadores sociales detectan que la mayoría de las mujeres solicitantes, al igual que en el resto de la población con la que intervienen, existe un nivel bajo de conocimiento concerniente a la salud sexual y reproductiva. Por lo general argumentan que las solicitantes conocen y habían utilizado otros métodos anticonceptivos, pero este conocimiento es ... *“escaso y en varias ocasiones mal utilizado”*...

b) Trabajo Interdisciplinario

Podemos definir la disciplina como: “una categoría organizadora dentro del conocimiento científico; instituye en éste la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de dominios que recubren las ciencias. Por más que esté inserta en un conjunto científico más vasto, una disciplina tiende naturalmente a, la autonomía, por medio de la

³⁹ Este dato, fue brindado por las trabajadoras sociales de las Unidades Sanitarias seleccionadas antes de entrar en vigencia la Ley 26.130.

delimitación de sus fronteras, por el lenguaje que se da, por las técnicas que tiene que elaborar o utilizar, y eventualmente, por las teorías propias.”⁴⁰.

Pero con el correr del tiempo y del desarrollo de las disciplinas se reconoce lo que podemos definir como “rupturas de fronteras” en donde aparece la necesidad de una interrelación entre ellas. Dicha interrelación surge de las cada vez más complejas situaciones con las que se enfrentan los diferentes profesionales. La comprensión de la multiplicidad de situaciones, hace a ésta necesidad de una visión más ampliatoria, y abierta al aporte de otras miradas, de otras teorías, para poder comprender y posteriormente abordar una situación.

Esto ha sido reconocido e instituido a través de la llamada interdisciplinariedad que busca “ el logro de una conjunción teórica nueva más allá de las disciplinas particulares puesta en curso y que no puede ser una suma ni combinación de lo que aporta cada disciplina, sino conformación conceptual nueva”⁴¹
Esta es la gran diferencia entre la multidisciplinariedad o

⁴⁰ MORIN, Edgar. “La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento”. Nueva Visión. Buenos Aires, 1999. Pág. 115

⁴¹ ALDAY, María A, y otros; “El Trabajo Social en el Servicio de Justicia”. Editorial Espacio. Buenos Aires, 2001, Pagina 59

pluridisciplinaria donde distintas disciplinas estudian un mismo objeto desde sus particulares miradas pero sin modificar su estructura.

Los Trabajadores Sociales entrevistados en relación a este tipo de trabajo indicaron:

...“lamentablemente no se trabaja interdisciplinariamente, el médico trabaja por su lado y nosotras, desde el servicio social, por otro, en general no es porque desde el servicio social no lo hayamos planteado, sino que siempre encontramos cierta reticencia por parte del equipo médico (...) realmente es una lastima ya que, trabajando en equipo, podríamos hacer algo muy bueno y no limitaríamos nuestra intervención únicamente a realizar un informe”

...“ Nosotras trabajamos en equipo constantemente con el ginecólogo de la salita (...) los días Martes por ejemplo y respondiendo al programa de salud sexual y reproductiva con el cual trabajamos en el Centro de Salud, realizamos charlas educativas sobre salud sexual y procreación responsable. Planificamos conjuntamente con los médicos los temas a tratar como así también cada profesional desarrolla un tema distinto en cada uno de los encuentros. Damos charlas en las escuelas,

especialmente a los chicos de Polimodal (...) Realmente el trabajo interdisciplinario es muy enriquecedor”...

Los Trabajadores Sociales coinciden en caracterizar a las solicitantes, como mujeres con un bajo nivel de autoestima, el cual se entrelaza con cierto sentimiento de culpa por dejar de lado el mandato social tan importante para la mujer “el de procrear”. Con esto, los profesionales apuntan a la necesidad de que el equipo interdisciplinario este compuesto no solo por Médicos, sino también por Psicólogos. Se busca poder realizar con ello, un abordaje que tenga en cuenta, y trabaje con la totalidad de la persona (su parte física, psíquica y social).

ENTREVISTAS CON MUJERES QUE SOLICITARON UNA LIGADURA TUBARIA⁴²

El objetivo por el cual se realizaron las entrevistas con mujeres solicitantes de una ligadura tubaria, surgió del interés por parte de la investigadora en poder identificar las características socio-económicas, culturales y educacionales de dichas mujeres, conocer si la esterilización quirúrgica habría ocasionado modificaciones en el grupo familiar conviviente de la solicitante e identificar como percibieron ellas el trabajo de los profesionales que las habían atendido a lo largo de todo el proceso.

Los Trabajadores Sociales entrevistados brindaron a la investigadora un listado de mujeres que habrían solicitado una Ligadura Tubaria en la Unidad Sanitaria en el cual ellos desempeñan su labor profesional.⁴³

La selección de la muestra se llevó a cabo respondiendo a la participación voluntaria de las mujeres en la investigación.

⁴² Las entrevistas fueron realizadas en el mes de Agosto, antes de que comenzara a implementarse la Ley 26.130

A continuación se expone una breve caracterización de la muestra:

- A) 35 años de edad, estudio secundario incompleto. Vive con su marido y 4 hijos, en una casa propiedad de su suegra. La vivienda posee dos habitaciones, cocina comedor y baño; cuenta con todos los servicios. El único ingreso económico en la familia proviene del trabajo realizado por su marido quien se desempeña realizando servis de cortinas de enrollar. Ella vende productos de Amodil y Avon a amigas y familiares.
- B) 35 años de edad, estudio secundario incompleto. Vive junto a su esposo y 3 hijos (actualmente esta embarazada de 5 meses). La vivienda que habitan es de su propiedad. Consta de una habitación (en donde duermen todos los integrantes de la familia), cocina comedor y baño. Cuentan con los servicios de: luz, agua corriente y cloacas. No poseen gas natural. El ingreso económico de la familia está a cargo de su esposo quien trabaja en un aserradero; ella cobra el Plan Jefes y Jefas de Hogar.
- C) 29 años de edad, estudios primarios incompletos. Vive con su pareja y 6 hijos. La vivienda que habitan está

construida detrás de la casa de su padre. Consta de: dos habitaciones, cocina- comedor y baño. Posee luz, agua corriente y cloacas. No cuenta con gas natural. Cobra el Plan Jefes y Jefas de Hogar y su pareja trabaja realizando changas como jardinero y cortinero.

D) 30 años, estudio secundario incompleto. Vive con su marido, sus 4 hijos y el hijo de su marido, fruto de una pareja anterior. La vivienda que habitan es de su propiedad. Consta de 2 habitaciones, cocina, living-comedor y baño. Poseen todos los servicios. El ingreso está a cargo de su marido y el hijo mayor de éste, quienes trabajan en una gomería.

E) 27 años, estudios primarios completos. Vive con su pareja y sus 6 hijos. La vivienda que habitan consta de: 2 dormitorios, cocina-comedor, baño y patio. Cuentan con luz, agua corriente y cloacas. El gas es envasado. Trabaja en un ropero comunitario, para cumplir las horas prefijadas por el Plan Jefes y Jefas. Su marido realiza changas.

- F) 40 años, estudio secundario incompleto. Vive con su esposo y sus 6 hijos. La vivienda que habitan es alquilada. Consta de: 3 habitaciones, cocina, living comedor, baño y jardín. Cuentan con todos los servicios. Ella se ocupa de las tareas domesticas y su marido trabaja como albañil.
- G) 30 años, estudios secundarios completos. Vive con su pareja y sus 5 hijos. La vivienda que habitan es de su propiedad. Consta de 2 habitaciones, cocina, comedor y baño. Poseen todos los servicios. Trabaja como empleada doméstica y su marido realiza changas
- H) 38 años, estudios secundarios incompletos. Vive con su pareja y sus 4 hijos. La vivienda que habitan es alquilada. Consta de dos dormitorios, cocina comedor, baño y patio. Poseen todos los servicios. Ella es ama de casa y su pareja trabaja en una panadería.
- I) 27 años, estudios secundarios incompletos. Vive en una casilla con su pareja y sus 5 hijos. La vivienda consta de 1 dormitorio amplio el cual se encuentra dividido por una lona, cocina- comedor. El baño se ubica fuera de la

propiedad. Ella cobra el Plan Familia y su pareja trabaja realizando changas con su cuñado.

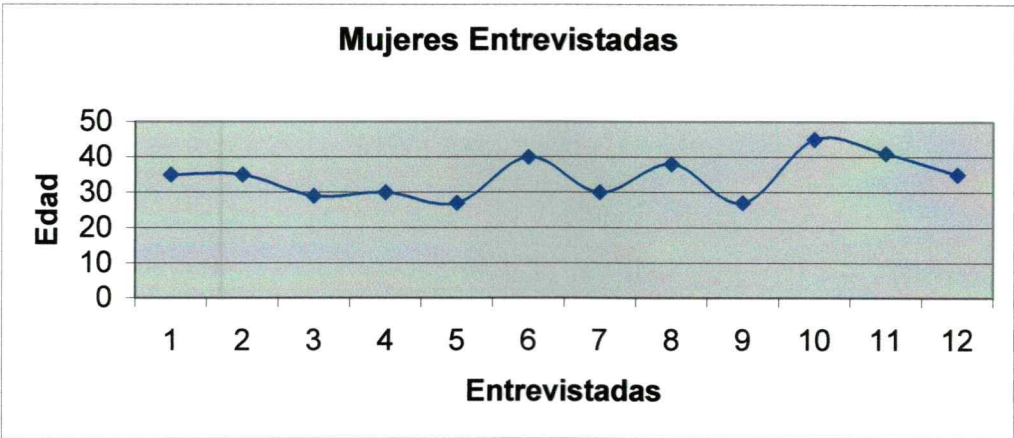
J) 45 años, estudios secundarios completos. Vive con su pareja y sus 4 hijos. La vivienda que habitan es propiedad de su suegro. Consta de tres dormitorios, cocina, living comedor, baño patio y jardín. Posee todos los servicios. Trabaja por hora como empleada domestica y su marido es sereno en una estación de servicio.

K) 41 años, estudios secundarios completos. Vive con su esposo y sus 6 hijos. La vivienda que habitan es propiedad de su suegra. Consta de cuatro dormitorios, dos baños, living, cocina-comedor y garage. Posee todos los servicios. Es ama de casa y su esposo trabaja en una fábrica como sereno.

L) 35 años, estudios secundarios incompletos. Vive con su pareja y sus 5 hijos. La vivienda en la cual residen es alquilada. Consta de 2 habitaciones, cocina, living-comedor y baño. Poseen todos los servicios. Trabaja como empleada domestica y su pareja es albañil.

A modo de síntesis y para una mejor caracterización de la muestra, se grafican a continuación algunos de los aspectos relevantes:

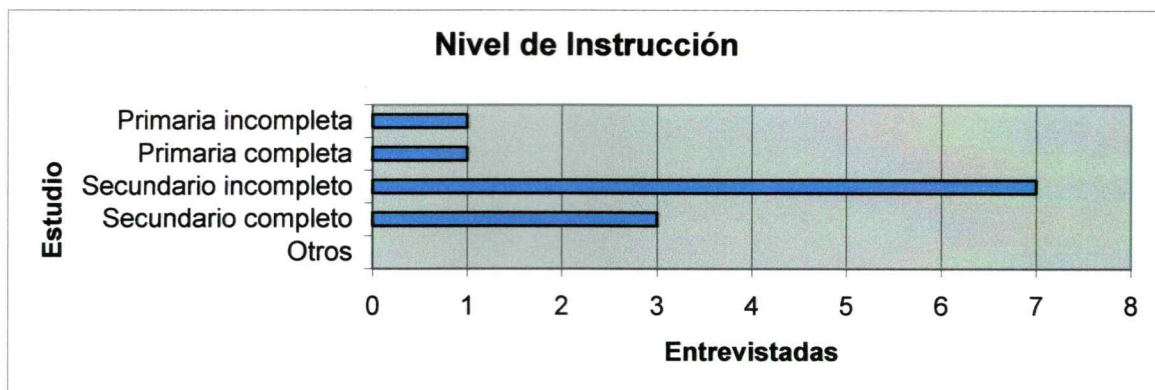
La edad de las mujeres entrevistadas oscilo entre los 27 y 45 años de edad:



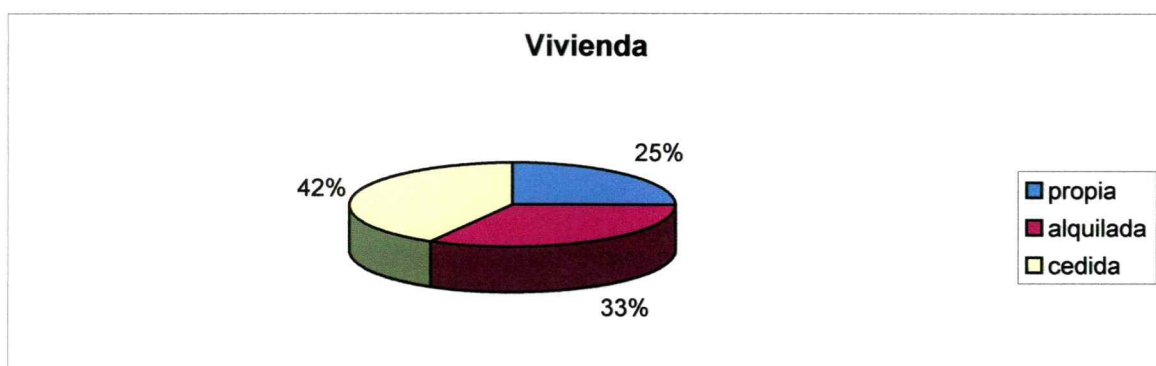
Las mujeres solicitantes de ligadura tubaria poseen más de tres hijos.



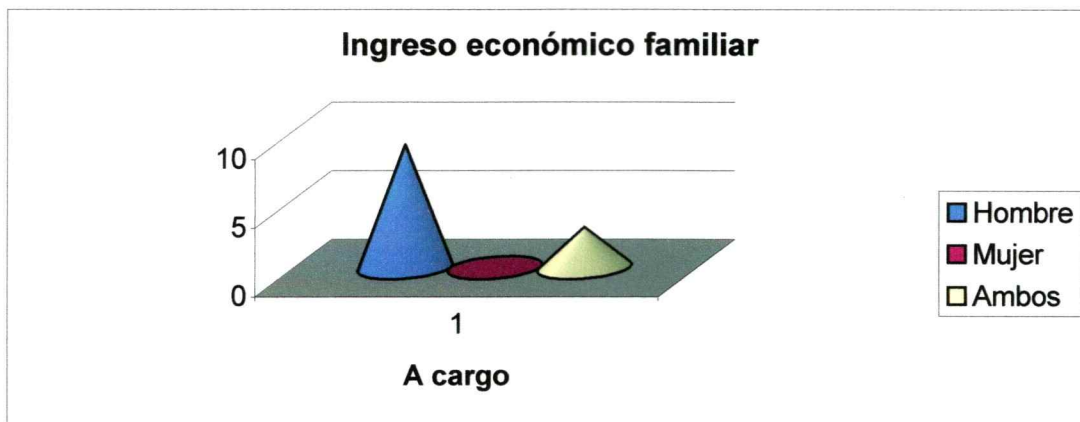
El nivel de instrucción manifestado por las entrevistadas puede observarse en el siguiente gráfico de barras:



La vivienda que habitan las solicitantes, puede dividirse en tres categorías, según la “calidad de ocupante” de las mismas:



El ingreso económico del grupo familiar puede estar a cargo del hombre, de la mujer, o bien recaer sobre ambas personas. En el caso de las mujeres entrevistadas el mismo es responsabilidad de:



A continuación se presenta el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante las entrevistas realizadas, utilizando cinco tópicos fundamentales: condiciones habitacionales, edad en que la peticionante tuvo a su primer hijo, utilización de métodos anticonceptivos, si percibió modificaciones luego de realizarse la intervención y apreciación del servicio recibido por los diferentes profesionales que la atendieron a lo largo de todo el proceso por el cual tuvieron que transitar, a fin de solicitar una ligadura tubaria

1) **Condiciones habitacionales:**

Las condiciones habitacionales se pudieron observar durante las entrevistas realizadas, ya que las mismas se llevaron a cabo en el domicilio de las mujeres solicitantes de una esterilización quirúrgica voluntaria. Así mismo, durante las

entrevistas surgieron narraciones valiosas que permitieron dar cuenta de las diferentes estrategias de supervivencia que adopta cada mujer, conjuntamente con su grupo familiar.

“...en casa somos 6, y nos dividimos todos en las dos habitaciones que tenemos, son grandes, pero no deja de ser incomodo, por ejemplo el más chiquito duerme en el medio de mi marido y yo...”

“...la verdad que ahora cuando venga éste (señala su panza), no se como vamos hacer, ya dormimos mi marido yo y mis tres hijos en una pieza, encima el más grande que tiene 13, ya quiere su espacio...”

“... en casa somos muchos, mi marido, yo y mis seis hijos, la plata la trae mi marido, imaginate que yo con todos los pibes no puedo salir a trabajar...no tengo con quien dejarlos...”

La mayoría de las mujeres entrevistadas no posee un trabajo en la esfera pública, sus tareas quedan acotadas a la esfera privada, ocupándose de las tareas domésticas, como de la educación y cuidado de sus hijos; seis de ellas manifestaron ser beneficiarias del Plan Jefes y Jefas de Hogar; cuatro de ellas venden a familiares y amigos productos cosméticos a través de folletos y solo tres poseen trabajo fuera del hogar.

“...yo cobro el plan, y vendo a mis vecinas Avon y Amodil, no me deja mucho, pero para comprar la comida de unos días nos alcanza...”

“...yo con los chicos no puedo ir a ningún lado, fijate que el más chiquito tiene dos años, está todo el día encima mío, entonces vendo a algunas vecinas y a mis hermanas productos de Avon, eso no te demanda mucho tiempo, va...en realidad se vende solo”...

“...mi marido es el que sale a trabajar, no tiene nada fijo, hace changas de lo que venga, y yo me quedo con los chicos, son muchos, que la comida, la ropa, la escuela...es mucho, hay días que no puedo más...”

2) Edad en que la solicitante tuvo a su primer hijo

La mayoría de las entrevistadas comenzaron a tener a sus hijos antes de la mayoría de edad, es decir 8 de las 10 mujeres entrevistadas tuvieron a sus hijos en la etapa de la adolescencia, lo cual supone un riesgo tanto para la madre como para el bebe.

La madre adolescente por lo general deja de lado o pospone sus estudios secundarios. Al carecer de la educación

adecuada, es probable que no posea las habilidades o la capacitación que hoy día se necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social. Comparadas con las madres que tienen sus hijos en una etapa posterior de la vida, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza.

Estos primeros embarazos por lo general, no fueron planificados, salvo en dos de las entrevistadas, que mencionaron “haber buscado” su primer hijo.

“...yo de la primera quede embarazada tomando pastillas, así que no estaba en mis planes ni el de mi marido...”

“...yo tuve el primero a los 16 años, la verdad es que no nos cuidábamos, en realidad me parece que no sabíamos en ese momento como teníamos que cuidarnos...”

“...nosotros con mi marido lo buscamos, quedé embarazada a los 23 años...”

“...quedé embarazada al poco tiempo de estar con mi marido...recién empezábamos a estar de novios”...

A lo largo de los relatos brindados por las mujeres entrevistadas, surge la falta de conocimiento acerca de métodos

anticonceptivos al momento de su iniciación sexual, conocimiento que adquirieron luego de dar a luz a su primer hijo y de transitar por los distintos centros de salud, los cuales funcionaron como hacedores de información.

3) Conocimiento y Utilización de Métodos Anticonceptivos previos a la solicitud de esterilización quirúrgica.

El control de la natalidad no parece ser una decisión que atañe a los dos miembros de la pareja, sino que recae casi exclusivamente en la mujer.

Durante el transcurso de las entrevistas realizadas todas las mujeres manifestaron haber utilizado más de un método anticonceptivo, antes de solicitar una Ligadura Tubaria. Los métodos más utilizados fueron: las píldoras anticonceptivas, inyecciones hormonales, Ogino-Knaus (o de “los días”), irrupción del coito y el DIU. Salvo una de las entrevistadas que mencionó la negativa de su marido a utilizar profiláctico, ninguna de ellas mencionó este método.

“... a mi marido cuando le dije que me quería ligar las trompas porque no podía tener mas chicos, no quiso saber

nada, pero el es vivo porque el no quiere usar preservativo, y yo tengo prohibido por el médico volver a quedar embarazada...”

“... a mi marido estas cosas de los métodos anticonceptivos, mucho no le interesan, no me lleva el apunte, cuando le cuento de alguno, por ejemplo le digo: estoy tomando pastillas, y el me dice: ¡ah, bueno!, y si le digo hoy me puse un DIU, me dice: ¡ah, bueno!, y si le digo no me cuido con nada, tampoco me daría bolilla...”

“...mi marido no opina, lo que yo le diga va a estar bien...”

Del total de mujeres entrevistadas, cuatro mencionaron la negativa de sus parejas a que se realizaran una esterilización quirúrgica. Algunos de ellos argumentaron tener temor de que su mujer no sintiera más placer durante el acto sexual, y otros argumentaron el temor al “arrepentimiento”, cuando el menor de sus hijos crezca.

“...mi marido me decía que me iba a arrepentir porque como a mi me gustan los chicos, me dijo que iba a querer volver a tener otro cuando el mas chico me crezca. Yo le dije que para

cuando me agarren ganas, la nena mas grande ya me va a dar nietos..”

“...yo le dije a mi marido, mira si me arrepiento, adopto, si hay tantos pibes por la calle...”

Las mujeres se mostraron muy seguras ante la decisión de realizarse una esterilización, todas aludieron a la irreversibilidad de la misma, apuntando a que es lo que ellas buscan, un método seguro, por el cual no corran riesgo de volver a quedar embarazadas.

Entre los motivos que impulsaron a las entrevistadas para tomar dicha decisión, surgieron los siguientes:

“...A mi me aconsejo la Dra. que me atiende, me dijo que no podía quedar más embarazada porque corría riesgo mi salud, me dijo que éste era el método más seguro. La verdad ni lo dude, a mi las pastillas me hacen mal por la presión. Al DIU mucha confianza no le tengo..., una vecina quedó embarazada teniendo uno puesto, y yo quiero algo seguro, porque la decisión ya está tomada, más chicos no puedo, aparte ¿que pasaría si a mi me pasara algo?, tengo 4 nenes chiquitos que dependen de mí...”

“... a mí los chicos me encantan y si fuera por mí tendría muchos más, pero no quiero tenerlos por tenerlos, ya tengo 6 y la cosa está complicada, yo con tantos no puedo ir a trabajar y mi marido cobra changas, se qué si vinieran más, no les podría dar todo lo que yo quiero darles, fijate que ya la remamos bastante para que los que tengo ahora puedan ir a la escuela, tener ropa, y la comida...que es todo un tema...”

“...yo no quiero pasar por otro embarazo, ya pasé por cuatro y ninguno fue bueno, del primero quedé embarazada tomando pastillas, encima tengo no sé que cosa en el útero que de hecho no tendría que estar embarazada, como estoy ahora de cinco meses. El médico en el embarazo de la tercera ya me dijo mami vos olvidate de tener mas chicos, pero quedé otra vez dándole la teta a la más chica...”

El temor expresado por las mujeres, se manifestó básicamente en no poder cuidar a sus hijos en el caso de a ellas ocurrirles algo, como consecuencia de otro embarazo, o bien no poder darles todo lo que desearían. La salud propia queda relegada a un segundo plano.

4) **Percepción de modificaciones físicas y psicológicas luego de realizarse la intervención quirúrgica.**

Varias de las mujeres entrevistadas argumentaron sentirse “liberadas”. El hecho de tener siempre presente en su mente el temor a otro embarazo, ha sido para algunas, un impedimento a la hora de disfrutar del acto sexual con sus parejas.

“...siento que me saqué un peso de encima, con mi marido es como que empezamos a disfrutar otra vez, va, mejor dicho, yo empecé a disfrutar otra vez...”

Otras, manifestaron sentirse mejor con ellas mismas, aumentando su nivel de autoestima, permitiendo un resurgir como mujer, y no verse únicamente como madres.

“...con las pastillas andaba mal... me veía gorda, me descomponían el estomago, con las inyecciones me pasaba lo mismo...el DIU nunca me lo puse porque a una vecina, no le dió resultado. Ahora me siento bárbara, la operación duró poco y me recuperé rápido; en tres días andaba para todos lados como siempre...”

“...como me las ligué hace ya 6 años, los chicos ya están más grandes, ahora con mi marido disfrutamos más de

nosotros, creo que hay una etapa para todo, y me dí cuenta que la elección que tomé fue la correcta. Ya tenía 5 hijos, más no quería, y eso de andar tomando pastillas, poniéndome inyecciones, que se yo me olvido, y la verdad que yo no tomo ni una aspirina, así que nunca fui muy amiga de esas cosas...”

“...tengo ganas de que cuando el más chiquito empiece el jardín, el año que viene, empezar con algún curso de esos que dan en la Sociedad de Fomento. Mi vecina va a un taller de manualidades y a mí esas cosas me encantan o ir a gimnasia, porque ahí todo es gratis, y tengo ganas de hacer algo, pero para mí, ahora que voy a tener un ratito más de tiempo...”

5) Apreciación del servicio recibido a lo largo de todo el proceso por el que tuvieron que atravesar para solicitar una esterilización quirúrgica

En relación a este punto las respuestas fueron diversas y dependieron en gran medida, del tiempo que transcurrió, entre que las mujeres solicitaron la ligadura y se les entregó la autorización judicial, o no.

...”Siempre me atendieron muy bien, al ginecólogo mucho no le entendía, pero siempre fue muy atento, igual yo

después iba con las chicas del servicio social, y algunas cosas se me aclaraban más...Lo único que me molestó muchísimo, y que me sentí una tonta, fue por todos los lugares a los que tuve ir..., que papel para acá que papel para allá, que se yo...eso es una vergüenza.... y todo para que otra persona decida sobre mi cuerpo...”

...”La Asistente Social de la salita me explicó todos los pasos y a todos los lugares a los que tenía que ir, y el médico me explicó bien que era lo que me iban a hacer cuando tuviera a la nena en el Materno...”

En general todas las entrevistadas enunciaron el sentirse acompañadas por los Trabajadores Sociales. En algunos casos éstos contribuyeron a que las solicitantes terminaran de comprender el proceso por el cual debían transitar para conseguir la autorización judicial que se les solicitaba, como así también, entender en qué consistía dicho método de esterilización,

Otras entrevistadas no pudieron dejar de mencionar su disconformidad en cuanto al funcionamiento de todo el sistema de salud.

...“me atendieron bien...que se yo...la verdad que no puedo separar mucho las cosas...yo ya dije que a la salita no voy más...tenés que ir a las 6 de la mañana con los chicos, embarazada, que no podes moverte, hacer cola para que te den un número...no sé, yo ya iba mal predispuesta...”

... “mirá yo sé que no es culpa del médico, pero cuando fui había tanta gente que sentí que lo único que él quería era despacharme... sentí que no me escuchó nada de lo que le dije....yo entiendo que faltan médicos, que atienden a mucha gente por día, pero no es mi culpa...ojalá tuviera obra social...”

CONCLUSIONES

El estudio realizado es de tipo exploratorio descriptivo, por lo que se considera necesario aclarar que, las conclusiones arribadas, intentan describir simplemente y/o hacer una aproximación al conocimiento del tema en cuestión.

A partir de la investigación que se llevó a cabo, fue posible responder a los objetivos planteados: conocer el rol del Trabajador Social ante una solicitud de esterilización quirúrgica; conocer la estructura de las prestaciones y servicios públicos, para la atención de mujeres que solicitan una Esterilización Quirúrgica voluntaria, explorando el soporte legal vigente e identificar las características socio-económicas, culturales y educativas de las mujeres solicitantes

En cuanto al rol de los Trabajadores Sociales, los profesionales entrevistados plantearon que, el eje principal de su intervención, con mujeres que solicitan una ligadura tubaria, se concentra en el acompañamiento y asesoramiento, durante todo el proceso que las solicitantes deben transitar, desde el momento que exponen su demanda, hasta que se realizan dicha intervención quirúrgica.

Destacaron la importancia de poder facilitar información a las solicitantes sobre otros métodos anticonceptivos y las implicancias que conlleva la realización de una esterilización quirúrgica, desechando mitos que resulten nocivos para su salud.

El aporte de nuevos conocimientos sobre salud sexual y procreación responsable a mujeres que solicitan una lisis tubaria, debe implementarse con un profundo conocimiento acerca del acervo cultural previo, que las mujeres tienen acerca de estos temas, “ya no se trata de informar a receptores desinformados”⁴⁴. Todo lo contrario. Se trata de poner al alcance de los destinatarios, nueva información, a la anteriormente incorporada, como parte del saber cotidiano.

La reflexión, el trabajo “con” el otro y no “para” el otro, han sido para los profesionales entrevistados pilares básicos de su accionar.

La interdisciplina se establece como el modelo “ideal” de trabajo, el cual solo pudo observarse en una Unidad Sanitaria, dando cuenta de que aún, este tipo de modalidad no es valorizada por todos los profesionales e inclusive no es tomado

⁴⁴ Idem, nota 5, Página 108

por las instituciones como una condición necesaria para trabajar.

En relación a las características socio-económicas, culturales y educacionales de las mujeres peticionantes de una esterilización quirúrgica, se ha buscado establecer de manera tentativa algunas constantes entre las mismas, a fin de poder acercarnos y comprender el acervo cultural y la cotidianeidad de las solicitantes, como parte del objeto de intervención con el que trabajan los profesionales.

El total de mujeres entrevistadas que solicitaron una esterilización quirúrgica en servicios públicos, son mujeres con escasos recursos económicos.

Podemos decir entonces y en relación a la satisfacción de las necesidades básicas y a los indicadores establecidos por el INDEC que, el hacinamiento y la baja capacidad de subsistencia fueron dos de los indicadores fuertemente vislumbrados. Todas las entrevistadas mencionaron que el único ingreso económico estable, o no, proviene de sus parejas, sumado a que todas las familias están compuestas por más de 5 miembros, llegando a la conclusión de que hay una baja capacidad de subsistencia (cuatro miembros por persona ocupada). El hacinamiento estuvo

marcado en cuanto que conviven más de tres personas por cuarto.

Otro punto a destacar es que, la edad de nacimiento del primer hijo no parece marcar diferencia entre las entrevistadas, ya que todas oscilaron entre los 16 y los 22 años de edad (el primer hijo ha nacido siendo éstas aún adolescentes).

En relación a los diferentes métodos anticonceptivos, podemos decir que en el discurso que las mujeres mantuvieron estuvo ausente el conocimiento acerca de la variedad de los mismos, cómo así también, su limitado uso.

Los métodos mayormente mencionados fueron la píldora anticonceptiva, las inyecciones hormonales, Ogino-Knaus (o de “los días”), irrupción del coito y el DIU -todos métodos anticonceptivos “femeninos”-, es decir, el hombre (pareja de la solicitante), parece estar ausente en este tipo de decisiones y responsabilidades. Más de una entrevistada menciona la falta de interés por parte del género masculino en participar y hacerse cargo de este tipo de cuestiones. Aíscar Sonia en un estudio realizado sobre la maternidad en sectores populares refiere lo siguiente: “podemos afirmar que el control de la natalidad no parece ser una decisión que atañe a los dos miembros de la

pareja, sino que recae casi exclusivamente en la capacidad de la mujer por enfrentar el problema”⁴⁵.

En relación a la atención recibida por parte de los profesionales durante el proceso transitado, a fin de poder solicitar una ligadura tubaria, las entrevistadas coincidieron en su mayoría, “no haber entendido” la información brindada por los médicos en una primer consulta, en relación a la temática planteada. Surge así la necesidad de retomar ciertos aspectos con los Trabajadores Sociales del Centro de Salud

Independientemente a ello, las mujeres entrevistadas mencionaron haberse sentido acompañadas, escuchadas y asesoradas durante todo el camino recorrido por todos los profesionales, médicos, trabajadores sociales y abogados.

Por todo lo investigado se puede afirmar que el acceso de las mujeres al conocimiento de su cuerpo, de los ciclos vitales, la información sobre anticoncepción, así como sobre concepción en mejores condiciones, en fin, todo lo que hace a la salud reproductiva, es escasa.

Se considera al trabajador social como uno de los profesionales que puede colaborar en pos de que, esta ausencia,

⁴⁵ Idem nota 5, página 52

se transforme en saber, en conocer, en una herramienta fundamental e indispensable para el desarrollo de la vida cotidiana de todas las personas. Debemos ser “facilitadores sociales del reconocimiento del saber popular, contribuyendo, según demandas, a responder dudas o dilucidar mitos y prejuicios”.⁴⁶

PROPUESTA:

El Trabajador Social tiene el compromiso de promover acciones tendientes a desarrollar la capacidad deliberativa de las personas, la reflexión y la autodeterminación.

Con la sanción de la nueva Ley 26.130, el trabajador social como integrante de los equipos de salud pública, debe aportar desde su saber profesional, a que la misma se cumpla. Debe actuar como esclarecedor de las dudas que las solicitantes tengan a la hora de realizarse una esterilización quirúrgica y antes de firmar el Consentimiento Informado.

Debido a que las peticionantes ya no deben transitar por el consultorio de los diferentes profesionales, en busca de informes, autorizaciones y demás trámites, las mujeres corren

⁴⁶Idem nota 5. Página 113.

el riesgo de no haber “pensado claramente su decisión”, situación que sí ocurría anteriormente, debido al tiempo que las mismas tenían que aguardar, (antes de entrar en vigencia la ley 26.130). Es fundamental la libertad de decisión de la mujer, pero también que tenga el conocimiento adecuado acerca del acto al que se va a someter. Los agentes de salud tienen el compromiso de brindarle la información pertinente a todas aquellas mujeres que concurren en busca de un método anticonceptivo de probada eficacia.

Las **unidades sanitarias**, no son solo simples proberíos de salud, sino que conforman indudablemente el ámbito propicio para el desarrollo de actividades destinadas a la prevención y la promoción de la salud. Las mismas tienen un fuerte reconocimiento por parte de los usuarios, sumado a que se hallan bien distribuidas territorialmente, lo cual salva un obstáculo económico importante.

El accionar deberá ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por: psicólogos, médicos generalistas y/o ginecólogos y trabajadores sociales.

En una primera etapa se considera fundamental poder trabajar con las representaciones sociales que los profesionales tienen acerca de la salud sexual y reproductiva.

El equipo deberá desarrollar su intervención tomando un concepto amplio de salud, esencialmente preventivo y participativo. Un concepto social de Salud.

Interdisciplinariamente, el abordaje se enriquece con la multiplicidad de las miradas, permitiendo dar respuestas integrales, necesarias para la construcción de la visión totalizadora.

Se considera necesario que los profesionales conozcan las condiciones culturales de vida de la población en la que intervienen, para comprender por ejemplo que, muchas veces las mujeres con escasos recursos, hacen lo mejor que pueden desde lo poco que tienen, y adaptar en la medida de lo posible, sus recomendaciones a las características del entorno.

Fundamental será, trabajar desde la perspectiva de género, el cual es central para comprender los comportamientos ligados a la sexualidad y sus consecuencias sobre la salud. Si bien la división y la asignación de roles diferenciados para mujeres y varones parten de diferencias biológicas, como se mencionó

anteriormente, son una construcción histórico-cultural que se constituye en una realidad -tanto objetiva como subjetiva- que las personas elaboran y reelaboran constantemente sobre la base de sus experiencias y de los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forman.

El género, así como la sexualidad, no son una propiedad de los cuerpos, ni algo existente desde el origen de los seres humanos, sino que, son un conjunto de efectos producidos sobre los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales. De este modo, los individuos construirán sus significados y vivencias sobre la sexualidad en condiciones muy diferentes y con resultados también diversos.

Este equipo interdisciplinario, mencionado anteriormente, podrá desarrollar charlas educativas sobre salud sexual y procreación responsable, dirigidas a toda la población que concurra a los Servicios Municipales.

Deberá promover un accionar en el cual se busque la reflexión de la población. En Salud, la reflexión es considerada uno de los pilares básicos, en los que se sustenta la prevención. Siendo, además una estrategia de alto impacto y de bajo costo.

La información que se brindará en las charlas, debe ser el resultado de una selección que el equipo deberá realizar a fin de poder, seleccionar la información, según la población a la que sea destinada, variando también las técnicas a implementar para el desarrollo de los encuentros.

La duración también será un factor a tener en cuenta, como el horario de realización y la periodicidad de los mismos.

Se considera fundamental poder incorporar al sector masculino en dichos encuentros. Es necesario que el hombre asuma su responsabilidad frente a la planificación familiar.

Para dicho objetivo, será imprescindible conocer cuáles son las inquietudes de los hombres frente a esta temática, que es lo que saben, lo que piensan y lo que les interesa.

Se deberá trabajar desde un principio, en la desmistificación de los diferentes saberes populares, que ubican a la mujer, como única responsable del control de la natalidad y del cuidado de la salud sexual. Analizar la reproducción desde un enfoque de género, implica abordar una problemática que va más allá de los estudios de las mujeres o de los varones.

El trabajo a realizar por todo el equipo de salud, no resultará tarea fácil. Sabemos que la atención de la salud en general, y como consecuencia, la salud reproductiva en los sectores públicos, se inscribe en una profunda crisis que padece el sistema de salud pública.

La reducción del Estado ha tenido implicancias para los efectores de salud en una restricción presupuestaria traducida en menores inversiones en infraestructura hospitalaria, falta de incorporación de nueva tecnología y disminución de personal. Estas condiciones repercuten en la salud de las mujeres y se expresan, entre otros factores, en los indicadores de morbimortalidad femenina que, lejos de disminuir muestran una tendencia creciente.

A esta situación, y en relación al tema abordado a lo largo de esta investigación, se suma el enfoque adoptado por las políticas de salud en el campo reproductivo que, estigmatizando la anticoncepción, dificultando que las mujeres puedan informarse y regular su fecundidad.

Si bien la Argentina cuenta, entre otras leyes en materia de salud, con la Ley Nacional 25.673, la cual, como se mencionó anteriormente, hace referencia a la necesidad de garantizar a

las personas la libre decisión de elegir el método anticonceptivo que considere apropiado, según sus necesidades. Plantea la promoción espacios de reflexión abocados a dotar a los destinatarios, de información y recursos acerca de los mismos. Muchas veces los déficit mencionados anteriormente impiden que dicha ley sea llevada a cabo tal cual como son expresados sus objetivos.

Para concluir, podemos decir que la tarea del trabajador social en el campo de la salud, y como integrante de un equipo interdisciplinario, no es sencilla.

- ✓ Debe enfrentarse en su tarea diaria, con el reducido recurso económico, material, institucional y humano con el que cuenta para desarrollar su intervención.
- ✓ Debe intentar día a día revalorizar el rol profesional muchas veces desvirtuados y desvalorizado por otros profesionales del equipo de salud.

Pero a la vez y a pesar de las dificultades antes mencionadas, sabemos que el trabajo social desde el campo de la salud, es un trabajo que permite al profesional poder dejar librada su imaginación a la construcción de proyectos y actividades que

busquen la superación de las personas con las que trabaja. Puede trabajar con individuos, grupos o con la comunidad barrial en general.

Es un profesional que puede adaptarse a los diferentes obstáculos con lo que se encuentra, logrando trabajar simplemente, (y con todo lo que eso implica), desde la comunicación racional con el otro.

Sabemos que a través de dicho método, podemos lograr la reflexión y la concientización, ambas herramientas fundamentales para poder trabajar desde la prevención... y la prevención es sin duda, la mejor vacuna.

Bibliografía
General

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ ALDAY, María Angélica; RAMLJAK, Norma y NICOLINI, Graciela, *“El trabajo Social en el Servicio de Justicia. Aportes desde y para la intervención”*. Ed. Espacio, Buenos Aires, 2001
- ✓ AISCAR, Cristina A. *“La maternidad en sectores populares. Representación social en las mujeres y relación con la atención de su salud”*. 1º Edición. Editorial Espacio, Buenos Aires, 2005
- ✓ ANDER EGG, Ezequiel. *¿Qué es el Trabajo Social?-* Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1984.
- ✓ ANDER EGG, Ezequiel. *“Técnicas de investigación social”*. 20º Edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1982.
- ✓ ARIAS, Alicia.; BALBI, María Elena. y RUÍZ DÍAZ, Judith. *“Un estudio sobre las mujeres de sectores populares, en relación a la planificación familiar (Barrio General Manuel Belgrano de la Ciudad de Mar del Plata)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, 1994.
- ✓ CIRUZZI, María S. *“La Ligadura Tubaria como práctica médica y su inserción en el derecho penal”*. 1º Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho. Facultad de Derecho y

Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires, 2000

- ✓ CLADEM. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. SELAT (Servicio Latinoamericano de Perú). Perú, 1999

■

- ✓ DE ROBERTIS, Cristina, “*Metodología de la intervención en Trabajo Social*”. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1988

- ✓ DE SOUZA MINAYO, María C, “*Investigación Social. Teoría, método y creatividad*”. Editorial Lugar. Buenos Aires, 2003

- ✓ DIZ MENDES, Ana M.; y otros, “*Salud y Población: Cuestiones sociales pendientes*”. Editorial Espacio. Buenos Aires, 1998

- ✓ DI CARLO, Enrique; y otros; “*La comprensión como fundamento de la investigación profesional*”. Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1995

■

- ✓ ENTEL, Rosa “*Mujeres en situación de violencia Familiar*”. Editorial Espacio. Buenos Aires, 2002

- ✓ EROLES, Carlos “*Los Derechos Humanos. Compromiso Ético del Trabajo Social*”. Editorial Espacio. Buenos Aires, 1996

■
✓ GALAN, Silvia E. *“Ligadura Tubaria desde un enfoque Ético-Social”*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata 2001

✓ GONGA, Mónica. *“Estado de arte: investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina”*. Editorial CEDES. Buenos Aires, 2005.

■
✓ INDEC -Censo 2001- www.indec.gov.ar

✓ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *“Utilización del Sistema Interamericano para la protección de los Derechos Humanos de las Mujeres”*. www.iidh.ed.cr

■
✓ MARTINEZ María P; CORTAZAR, María G. *“La Esterilización Quirúrgica de mujer capaz: los alcances de la indicación terapéutica:”* 1º Jornadas Nacionales de Bioética y Derecho. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires 2000

■
✓ NACIONES UNIDAS. Serie de Capacitación profesional N° 1 *“Derechos Humanos y Trabajo Social”*. Manual para escuelas de servicio social y trabajadores sociales profesionales. Nueva York y Ginebra, 1995

- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS). Consulta en pagina Web www.oms.org y www.isalud.org
- ✓ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consulta en página Web www.ops.org.ar

- ✓ PÉREZ SERRANO, Gloria. *“Investigación Cualitativa. Métodos y Técnicas”*. 2º Edición. Editorial Docencia. Buenos Aires, 2003.
- ✓ PRECE, G, DI LISCIA, M, PIÑERO L; *“Mujeres populares: el mandato de cuidar y curar”*. Editorial Biblos, Buenos Aires 1996

- ✓ TAYLOR , S.J; BOGDAN, R, *“ Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”*. Editorial Piados. Barcelona, 1992

- ✓ SAMAJA, Juan. *“Epistemología y metodología”*. Editorial Eudeba. 3º Edición. Buenos Aires, 2001

- ✓ www.revistapersona.com.ar
- ✓ www.cnm.gov.ar (Consejo Nacional de la Mujer)
- ✓ www.mardelplata.gov.ar

Anexo

ANEXO I

GUIA DE ENTREVISTA: TRABAJADORES

SOCIALES

- 1) ¿Cuál es la función del Trabajador Social ante una solicitud de Ligadura Tubaria?
- 2) ¿Se trabaja interdisciplinariamente?
- 3) ¿Se realiza seguimiento de caso? De ser así ¿ha notado modificaciones en las mujeres que se han realizado dicha intervención?
- 4) ¿Cuáles son los motivos a los que alude una mujer que solicita una Ligadura Tubaria?
- 5) ¿Las pacientes habían probado otros métodos anticonceptivos?
- 6) ¿Cuántas mujeres solicitan una Ligadura Tubaria al año?
¿El número ha crecido en los últimos años?

GUIA DE ENTREVISTA: MUJERES SOLICITANTES

DE LIGADURA TUBARIA

- 1) Edad
- 2) ¿Cuántos hijos tiene?
- 3) ¿A qué edad tubo su primer hijo?
- 4) ¿Cuantas personas viven en la casa?
- 5) Estudios cursados
- 6) ¿Ud. trabaja? ¿ y su pareja?
- 7) ¿Por que decide realizarse una Ligadura Tubaria?
- 8) ¿Cómo se enteró de dicha intervención?
- 9) ¿Conocía otros métodos anticonceptivos? ¿Había utilizado alguno de ellos?
- 10) ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que solicito la Ligadura Tubaria hasta que se la realizaron?
- 11) Su pareja: ¿Estuvo de acuerdo con dicha solicitud?
- 12) ¿Se sintió acompañada por los profesionales: médicos, trabajadores sociales, abogados, psicólogos?

ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE:

DR. ELENA ALFREDO

- 1) ¿Qué tipo de Ligadura tubaria se realiza en el Hospital?
(minilaparaptomía o laparoscopia)

Realizamos la técnica denominada minilaparaptomía. En el Hospital Regional se utiliza la laparoscopia.

- 2) ¿Cuánto tiempo tiene de recuperación una mujer que a pasado por dicha intervención?

Nosotros cuando realizamos una ligadura tubaria es porque ha sido planificada para el momento del parto de la solicitante, por lo tanto la mujer a la que se le ha realizado una esterilización, tiene un período de reposo de 48 hs, aproximadamente, pero no se le adjudica dicho lapso a la ligadura, sino al parto.

- 3) ¿Es 100% efectiva como método anticonceptivo?

La Ligadura no es 100% efectiva, tiene en mujeres mayores de 30 años un 0,3% de error, y un 1,8% en mujeres menores de 30 años.

4) ¿Ud. recomienda éste método?

Yo no recomiendo este método de ninguna manera, sin ir más lejos a mi mujer no se la realice. No hay ninguna indicación médica que diga " a ésta mujer hay que realizarle si o si una ligadura tubaria", creo que existen otros métodos, reversibles, muy seguros. Las mujeres pueden arrepentirse, no saben que va a ser de sus vidas en un futuro, si se van a separar o no, si van a enviudar o no, o si el día de mañana quieren tener más hijos. Me molesta muchísimo que desde todas las áreas de salud, llámese residentes, enfermeros, asistentes sociales, recomienden a las mujeres la ligadura como método anticonceptivo.(...)

En algunos congresos a los que he asistido he dicho mas de una vez que estoy de acuerdo en que la mujer y el hombre decidan sobre su propio cuerpo, como por ejemplo lo deciden en una cirugía estética. Pero con la ligadura tubaria pasa otras cosa, yo no creo que ninguna mujer demande a su cirujano plástico porque le dejo la nariz más chica, como si hay mujeres que demandan cuando uno le hizo una ligadura y al tiempo vienen con un abogado para hacerte un juicio diciéndote que vos no le

explicaste tal cosa.(...) Cuando entre en vigencia la ley que autorice la ligadura con el simple consentimiento de la persona, ese consentimiento va a tener que tener validez legal, protegiendo al cuerpo médico que realizo dicha intervención.

5) ¿Es posible la recanalización? ¿ Es efectiva?

La recanalización tiene un 50% o 60% de efectividad

6) ¿Cuántas Ligaduras Tubarias se realizan al año?

Cuando en el año 1998 comenzó a tener más peso o repercusión éste tipo de intervención, realizamos 23 Ligaduras, ascendiendo el número con el correr del tiempo, en el año 2005 a un total de 153 esterilizaciones.

7) ¿Se han realizado vasectomías?

No se ha realizado ninguna vasectomía en el hospital Materno , no se si en el Hospital Regional sí, pero acá no.

8) ¿En general las mujeres piden una Ligadura o es más recomendada por los profesionales?

Muchas veces las mujeres piden una ligadura porque una amiga, o a algún pariente se la han realizado. Yo no la recomiendo salvo situaciones puntuales, mujeres con muchos hijos, o que tienen realizadas varias cesáreas, o bien corre riesgo la vida de la paciente o del futuro hijo a nacer. Pero te aclaro como mencioné anteriormente, existen métodos anticonceptivos, que pueden utilizarse y que no tienen ninguna contraindicación médica como el preservativo, a los cuales hoy en día se pueden obtener de manera gratuita en cualquier centro de salud.

9) ¿El consentimiento informado que firman las mujeres lo cree un derecho de las solicitantes o un resguardo para los profesionales que realizan dicha intervención?

Hoy día es un resguardo para nosotros, por todo lo que te mencionaba anteriormente. Lo que si me parece sumamente importante que, a la mujer se le explique todo el procedimiento, las consecuencias de dicha intervención, su irreversibilidad, porque si bien existe la posibilidad de

recanalización, es una intervención costosa que no cubren las obras sociales, sumado a que, luego de la recanalización el embarazo solo se consigue por inseminación artificial, intervención más costosa aún.

- 10) ¿Hay diferencia en el método que se utiliza en un Hospital que en una Clínica privada cuando la mujer paga por Ligarse las Trompas?

Eso es un mito terrible que se dice, y que no tiene nada de cierto. El método es exactamente el mismo. Lo que diferencia a uno de otro, es la autorización judicial que muchos colegas de clínicas privadas no piden, porque confían en sus pacientes, que por lo general, son pacientes que están hace varios años con el mismo médico y ya se ha establecido otro tipo de relación médico-paciente. Igualmente yo particularmente, pido la autorización Judicial en el ámbito privado.

ENTREVISTA INFORMANTE CLAVE:

DRA. MARÍA LUISA FUX

1) ¿Cuántas autorizaciones de Ligadura Tubaria se realizan anualmente desde la Defensoría?

Desde la Defensoría N°4 se realizaron en el año 2005, 25 solicitudes de ligadura tubaria y en lo que va del corriente año, llevamos 8.

2) ¿Aparte de la Defensoría N° 4, a que otro lugar puede dirigirse una mujer para solicitar una autorización judicial?

La mujer puede realizar su pedido desde la Defensoría Civil N°5, Defensoría General y Casa de Justicia.

3) ¿Cuáles son los requisitos que se le piden a una mujer para realizar un amparo por Ligadura Tubaria?

Para que desde la Defensoría podamos formular el pedido de la solicitante, esta debe traernos con anterioridad la siguiente documentación:

- I- *Datos de tres testigos: nombre y apellido, domicilio, ocupación y n° de documento (estos declarararan que la solicitante no posee recursos económicos para canalizar la petición a través del patrocinio de un abogado particular)*
- II- *Original y fotocopia del DNI de la peticionante, de su esposo y/o concubino*
- III- *Original y fotocopia del certificado de matrimonio (si la solicitante es casada)*
- IV- *Original y fotocopia de los certificados de nacimiento de sus hijos*
- V- *Informe socio-ambiental realizado por una Trabajadora Social*
- VI- *Certificado médico (que haga referencia al estado de salud de la portadora, breve historia de sus embarazos y partos en casos de haber sufrido complicaciones y si corre riesgo en casos de tener futuros embarazos). Es fundamental que el profesional aclare en*

el certificado que la paciente recibió información acerca de dicha intervención.

4) ¿Cuáles son los fundamentos en los que se basa la Defensoría para solicitar una Ligadura Tubaria?

Nosotros fundamos nuestro pedido en las garantías humanas, éticas y biológicas que se encuentran todas dentro de nuestra Carta Magna y por ende, con su propia operatividad. Cuando el caso se vincula con valores humanos que se encuentran en colisión, hay que mirarlos a la luz de Nuestra Constitución Nacional, el derecho a la salud y a la integridad personal.

Concordantemente con ello, enunciamos la Declaración de los Derechos del Hombre, en su artículo primero; La Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica, en su artículo quinto; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su artículo sexto, entre otros.

5) ¿La Defensoría cuenta con equipo técnico?

Nosotros no contamos con equipo técnico, por eso es que a las mujeres le pedimos que el informe ambiental que se solicita sea realizado por la Trabajadora Social de la Salita más cercana a su barrio.

6) ¿Se trabaja interdisciplinariamente?

Lamentablemente no se trabaja interdisciplinariamente. El médico realiza su certificado, la trabajadora social su informe y nosotros el pedido judicial.

**LEY 26.130 REGIMEN PARA LAS INTERVENCIONES DE
CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA**

Sancionada: 9 de Agosto de 2006

Promulgada: 28 de Agosto de 2006

El Senado y Cámara de Diputados de la nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º: Objetivo: Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud.

ARTICULO 2º: Requisitos: Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos contemplados por el artículo siguiente.

ARTICULO 3º: Excepción. Cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquella.

ARTICULO 4º: Consentimiento informado. El profesional médico interviniente, en forma individual o juntamente con un equipo interdisciplinario, debe informar a la persona que solicite una ligadura tubaria o una vasectomía sobre:

- a) La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar;
- b) Las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos;
- c) Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la persona concerniente.

ARTICULO 5°: Cobertura. La intervenciones de contracepción quirúrgica objeto de la presente ley deben ser realizadas sin cargo para el requirente en los establecimientos del sistema público de salud.

ARTICULO 6°: Objeción de conciencia. Toda Persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna con respecto a las prácticas médicas anunciadas en el artículo 1° de la presente ley.

La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata.

ARTICULO 7°: Modifícase al inciso 18, del artículo 20, del capítulo I, del título II de la Ley 17.132 de régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas, el que quedará redactado de la siguiente manera:..

18: Practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces.

ARTICULO 8º: Agrégase al inciso b) del artículo 6º de las Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable, el siguiente texto:

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción.

ARTICULO 9º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.