

# RUTA CRÍTICA PARA LA REALIZACIÓN DE LIGADURA TUBARIA Estudio en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires

Lic. Romina G. Moschella<sup>a</sup>, Dr. Jorge T. Charalambopoulos<sup>b</sup>, MS. María Pía Pawlowicz<sup>c</sup>,  
Lic. Silvana J. Naddeo<sup>d</sup>, Dra. Patricia G. Rodríguez<sup>b</sup>, Lic. Alejandra Giménez<sup>e</sup>

*El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.*

**Becaria:** Lic. Romina G. Moschella.

**Director:** Dr. Jorge T. Charalambopoulos.

**Co-Directora:** MS. María Pía Pawlowicz.

Contacto: [rominamoschella@yahoo.com.ar](mailto:rominamoschella@yahoo.com.ar)

## Resumen

La existencia de brechas entre el marco legal en salud sexual y reproductiva y la puesta en práctica en las realidades sanitarias locales de las políticas públicas relativas a la ligadura tubaria en particular constituye un tema crucial para la Salud Pública de la Argentina.

**Objetivo general:** describir los factores que impulsaron u obstaculizaron la ruta crítica que realizaron las mujeres gran múltiparas para ejercer el derecho a solicitar la ligadura tubaria.

**Material y métodos:** el diseño fue exploratorio descriptivo. Se realizaron entrevistas en profundidad y se administró un cuestionario sociodemográfico a una muestra intencional de 30 usuarias gran múltiparas que solicitaron la anticoncepción quirúrgica durante el período: agosto de 2009 - enero de 2010, en el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Resultados:** 17 de las entrevistadas había solicitado la ligadura tubaria previamente. Del total, 22 entrevistadas iniciaron el recorrido cursando un embarazo no deseado y 9 pensaron en recurrir a un aborto inseguro, entre las cuales 5 averiguaron al respecto y 1 lo intentó.

**Conclusiones:** Se espera que los resultados sean de utilidad para el diseño de estrategias intersectoriales efectivas que permitan monitorear el cumplimiento de la ley nacional N° 26.130 con el fin de garantizar el acceso oportuno a la ligadura tubaria, y disminuir las iniquidades relativas a brechas territoriales, institucionales y obstáculos simbólicos y epistemológicos, a nivel sanitario, en la Argentina.

**Palabras clave:** Ligadura tubaria; multiparidad; ruta crítica, género.

## Summary

The existence of great gaps between the legal frame of the sexual and reproductive health system and the implementation of public policies in relation to tubal sterilization within the reality of local health institutions is a matter of crucial issue for Public Health of Argentina.

**General objective:** To describe the factors that motivate or prevent the beginning of the critical path that grand multiparous women took in order to exercise their right to petition tubal sterilization.

**Methods and materials:** The design was descriptive exploratory. Interviews in depth were conducted and a sociodemographic questionnaire was used over an in-

- Ex concurrente del Servicio de Salud Mental, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- Médicos Tocoginecólogos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- MS. en Ciencias Sociales y Salud. (FLACSO - CEDES). Docente e investigadora. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Jefa del Servicio de Salud Mental, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- Lic. en Obstetricia. Miembro del Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

tentional sample of thirty grand multiparous women who arrived to the Reproductive and Sexual Health Area of the Ramón Sardá Hospital in the City of Buenos Aires asking for tubal sterilization during August 2009-January 2010.

**Results:** 17 women had previously asked for tubal sterilization, and 22 out of the total number initiated the whole process with an unwanted pregnancy; and 9 women considered an unsafe abortion, 5 of them did research about it and 1 tried it.

**Conclusions:** It is expected that the results shall be useful for the design and implementation of effective strategies that allow to monitor the enforcement of the national law N° 26,130 for the purpose of guaranteeing access to tubal sterilization, and to decrease inequality in relation to territorial and institutional gaps, as well as symbolic obstacles in Argentina.

**Key words:** Tubal sterilization, multiparity, Critical Path Method, gender.

## Introducción

A mediados de la década del '70 a nivel internacional se produjeron cambios paradigmáticos en las políticas globales de población relativas a la sexualidad y reproducción. Se comenzaron a cuestionar públicamente las políticas demográficas basadas en programas de control de la población. Un claro ejemplo es la primera Conferencia Internacional de Población organizada por Naciones Unidas en 1974 realizada en Bucarest. A partir de la misma, se reconoce el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos.<sup>1</sup>

En la Argentina, en la última década, merced al compromiso de sectores políticos y científicos con sensibilidad de género, como también de organizaciones de derechos humanos y especialmente de la participación activa de las mujeres en general pertenecientes a vastos sectores sociales, y a grupos feministas en particular, se logró la sanción de valiosas leyes relativas a derechos sexuales y reproductivos. La implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, y la adhesión al Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) en marzo de 2007, son claros ejemplos de ello.

En este escenario, en agosto de 2006 se sancionó la Ley Nacional N° 26.130 que garantiza el derecho a las personas capaces y mayores de edad que no desean tener más hijos, a acceder en forma gratuita a las prácticas de "ligadura tubaria y vasectomía". La ligadura tubaria (LT) consiste en la obstrucción mecánica de las trompas de Falopio, lo

cual impide que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, evitando la fertilización del mismo. Se realiza mediante un procedimiento quirúrgico y es habitualmente irreversible.<sup>2,3</sup>

No obstante ello, existen brechas entre las normativas mencionadas y la puesta en práctica de las políticas públicas en las realidades sanitarias locales, a pesar del esfuerzo y compromiso de buena parte de los miembros del equipo de salud interviniente.

La presente investigación tuvo por **objetivo general** describir los factores que impulsaron u obstaculizaron la ruta crítica que realizaron las mujeres gran multíparas ( $\geq 5$  partos) para ejercer el derecho a solicitar la LT. La ruta crítica está constituida por el proceso mediante el cual las mujeres toman decisiones al recorrer una serie de circuitos en la búsqueda de ayuda para poner fin a la capacidad reproductiva, como así también por los apoyos y obstáculos encontrados en la atención recibida en los diferentes servicios institucionales y a través de redes informales.<sup>4</sup>

## Material y métodos

El tipo de *diseño* fue exploratorio-descriptivo, y prospectivo.

## Población y muestra

Se entrevistaron 30 usuarias gran multíparas ( $\geq 5$  partos)<sup>5,6</sup> que solicitaron la LT en el Área de Salud Sexual y Reproductiva (ASSR) del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

La evidencia sobre las problemáticas de alta paridad y su relación directa con posibles complicaciones en la salud de la mujer<sup>7</sup> justificó la elección de este grupo poblacional. El *muestreo* fue no-probabilístico de tipo intencional.

El objetivo central de esta publicación no consiste en realizar una generalización estadística, sino revelar una aproximación sobre la comprensión de significados de experiencias concretas contextualizadas. Las construcciones culturales<sup>8</sup> son obstáculos relevantes en las rutas críticas y en el contexto de los actos de salud.

Si bien la práctica de los efectores de salud es dinámica y es modificada en forma constante por las políticas y nuevas tecnologías en salud, las representaciones sobre los comportamientos y las acciones posibles de los actores que intervienen en un acto de salud determinan efectos subjetivos diversos.<sup>9</sup>

## Instrumentos

Los relatos acerca de las experiencias se obtuvieron a través de la *triangulación* de dos instrumentos: entrevistas en profundidad y cuestionario sociodemográfico. Este último, fue realizado en base al modelo de Historia Clínica propuesto por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de la CABA. Previamente, se solicitó a las entrevistadas la firma de un Consentimiento Informado y se garantizó el uso confidencial de la información.

Se realizó una **prueba piloto** para testear las preguntas en función del grado de sensibilidad de los instrumentos. La recolección de los datos se realizó durante el período: agosto de 2009 a enero de 2010 inclusive.

## Análisis de los datos

Se realizó mediante la técnica de *análisis de contenido*<sup>10</sup> utilizando el procesador de texto Atlas/Ti (Versión WIN 4.1- Build 051). Se realizaron dos matrices de datos donde se dividieron 4 subgrupos por rangos de edad: 26 a 29; 30 a 34; 35 a 39 y 40 a 42 años. Los nombres de todas las entrevistadas fueron modificados para proteger su identidad.

## Resultados

### Datos Sociodemográficos

El perfil sociodemográfico de las 30 entrevistadas se caracterizó por un promedio de edad de 34,1 años, siendo los valores extremos de 26 y 42 años. Respecto a la nacionalidad, la mayoría (24) era argentina, y 6 eran migrantes de países limítrofes. Un dato interesante consistió en que un tercio (8) de las mujeres argentinas habían nacido en el norte y noreste de nuestro país.

En lo que respecta a la *situación de pareja*, más de la mitad (16) convivía con pareja estable, un tercio era casada, y 2 eran solteras, 1 convivía con su ex pareja por falta de vivienda y otra reportó que su pareja estaba judicialmente detenido. En cuanto al *lugar de residencia*, la mayoría (21) vivía en los suburbios denominados "conurbano bonaerense", y sólo 7 residían en la CABA donde se sitúa el hospital. Una mujer fue trasladada en ambulancia desde el interior de la provincia de Buenos Aires por necesitar atención de alta complejidad; y otra, si bien residía en el noreste de nuestro país, decidió voluntariamente realizarse los controles prenatales en la institución.

La mayoría (21) vivía en casa de material, en menor medida en departamento o en vivienda precaria; y 2 vivían en hoteles. En cuanto a la *infraestructura de las viviendas*:

*infraestructura de las viviendas*: más de la mitad utilizaba garrafa por no tener acceso al gas natural y un tercio de las entrevistadas no contaba con agua potable.

El *nivel de instrucción* alcanzado era bajo. Más de la mitad sólo tenía nivel primario (8 incompleto y 10 completo); mientras que 10 no habían terminado el secundario, sólo 1 lo completó. En un solo caso se completó el nivel terciario. En su totalidad se definieron como amas de casa. Sólo 6 eran económicamente activas, 1 de ellas tenía un comercio familiar y el resto generaba ingresos mediante actividades informales autogestionadas. Los relatos de las entrevistadas daban cuenta que la mayoría de las parejas realizaba trabajos con inestabilidad laboral y de baja remuneración tales como: ayudantes de albañil y oficios diversos. Menos de un tercio tenía trabajo estable, 2 eran porteros de edificio, uno trabajaba en un frigorífico y otro participaba de una empresa familiar del rubro gastronómico.

### Datos obstétricos

Las mujeres tuvieron entre 5 y 13 gestas (con un promedio de 6,9 gestas por mujer). La mayoría (25) tuvo su primera gesta en la adolescencia entre los 14 y 15 años, en menor proporción (5) tuvieron su primera gestación entre los 21 y 25 años. Cabe destacar que la única mujer que había terminado sus estudios secundarios tuvo su primer embarazo a los 25 años y tuvo menos gestas que el resto, sólo 5. El número de *hijos vivos por mujer* varió de 3 a 11.

### Factores determinantes de inicio de la Ruta Crítica para solicitar LT

La mayoría de las entrevistadas ubicó al último embarazo como **factor precipitante** de solicitud de LT. Casi todas las entrevistadas (27/30) estaban embarazadas y 2 eran puérperas. De estas 29 mujeres, 22 expresaron que el embarazo no había sido planificado. No obstante, una mujer de 33 años manifestó que planificó intencionalmente el embarazo para que le hicieran la LT intracésárea, mostrando la situación extrema a la que puede llevar el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

"Yo decía 'no puede ser', no asumía. Hasta llore el día que me enteré. Yo sabía que un embarazo me iba a traer complicaciones". (Liliana, 31 años, 5 gestas).

En los relatos de las entrevistadas, el curso del último embarazo fue asociado a una serie de fantasías y preocupaciones. Por ejemplo, se significó el

embarazo como un proceso “doloroso” por tener que convivir con la preocupación de “si saldrían con vida del quirófano una vez finalizada la cesárea”, y al desconocer “en qué condiciones de salud nacería el bebé”.

### **Factores impulsores internos: “ya cumplí”, “soy joven” y “quiero una buena vida sexual”**

Estos factores se mencionaron a través de valoraciones relativas a: *la convicción de haber cumplido con la maternidad, considerarse jóvenes para dedicarse exclusivamente a la crianza de otros hijos, y tener el deseo de una sexualidad sin riesgo de embarazo*. Además se señalaron **motivos biológicos** relacionados con temor a sufrir complicaciones en la salud en caso de un nuevo embarazo. Este último fue el motivo mayoritariamente nombrado por las mujeres que presentaban *factores de riesgo reproductivo* (FRR) como las consideradas *añosas* ( $\geq 35$  años) y/o que tuviesen *cesárea iterativa* (2 o más cesáreas consecutivas), entre otros.

Por otro lado, se escucharon referencias a la necesidad de *tener tiempo libre e intenciones de trabajar* en forma remunerada. Casi la mitad mencionó la *cantidad de hijos* como factor determinante. Y en 6 casos se nombró alguna *enfermedad de los hijos* (asma, hipoacusia, prematuridad, fibromatosis, enfermedad celíaca, cáncer, leucemia, y epilepsia), señalando que estos necesitaban de cuidados especiales.

–“Primero por mi salud, un bienestar para mí. Lo segundo sería para tener una buena relación sexual y tercero porque ya no quiero tener más hijos. Ya cumplí” (Milagros, 35 años, 10 gestas).

### **Factores impulsores externos: el apoyo de otras mujeres y la importancia de la consejería efectiva**

El pedido de la LT estuvo incentivado por parte de las mujeres de la familia, por vecinas del barrio y por mujeres que pasaron por la experiencia de realizarse la LT.

Según las entrevistadas, las intervenciones efectivas de consejería oportuna de las y los profesionales de la salud fueron de mucho apoyo. Por otro lado, las dificultades económicas fueron, en la mayoría de los casos (23), factores que influyeron en la decisión. En menor medida (12 casos) la falla de los métodos anticonceptivos (MAC) tradicionales, naturales, y en un caso de LT.

–“Había escuchado por otras mamás que ellas hablaban de la ligadura y me decían ‘ya tenés muchos, ya estás entrando en una edad más grande y se te va a dificultar más, los partos son más peligrosos’” (Celeste, 36 años, 11 gestas).

### **Factores inhibidores internos: desconocimiento de los derechos**

Uno de los elementos más desalentadores para el inicio o continuación de la ruta son los obstáculos que **denominamos simbólicos**.<sup>11</sup> Estos incluyen el conocimiento nulo o parcial de los derechos sexuales y reproductivos que limita el ejercicio de una ciudadanía plena, y da cuenta de la presencia de *representaciones sociales de género tradicionales* que restringen el acceso a la SSyR y la autonomía en el ejercicio de la anticoncepción y de la maternidad voluntaria.

– “Se me había puesto que ‘quería tener’. También buscando la nena... yo sentí que si no le daba una nena a mi marido por ahí no me iba a querer de la misma manera” (Milagros, 35 años, 10 gestas).

Por otro lado, las mujeres que mencionaron representaciones sobre la LT relativas a probables complicaciones (cicatriz, riesgo, anestesia, etc.) fueron mayoritariamente las que habían tenido cesárea iterativa. En los relatos de 4 mujeres se visualizaron representaciones asociadas a probables efectos adversos en la sexualidad.

### **Factores inhibidores externos: ¿profecías autocumplidoras?**

Según los testimonios de las entrevistadas, estos factores se encontraron en las representaciones de mujeres y varones de la familia y/o de conocidas/os de las entrevistadas como así también en la trama discursiva de algunas/os profesionales de las instituciones a las cuales asistieron para solicitar la LT.

–“... La gente habla de que cuando uno es joven y se hace ligar, uno se echa a perder, cambia al marido y eso es mentira... Es por eso que él me decía ‘no, después me vas a dejar con los chicos’” (Sandra, 29 años, 6 gestas).

Las entrevistadas más jóvenes manifestaron que fueron alertadas en diferentes instituciones sobre ciertas “profecías autocumplidoras”<sup>12</sup> (predicciones que por el sólo hecho de haberse realizado, con-

vierten en real el suceso supuesto): “sos joven..., tu marido se puede ir con otra”, “a tus hijos les puede pasar algo”, “es el primer hijo de este marido, quizás él quiere otros”. Este discurso también se manifestó a modo de sanción “te vas a arrepentir”.

– “La doctora dijo que se había declarado la ley para las mujeres que quieran ligarse las trompas... Lo único que me dijo es que ella para madres que tengan más de 5 chicos sí estaba de acuerdo. Para las que tienen 2 ó 3 y a veces son chicas jóvenes, ella no lo recomienda...” (Julieta, 37 años, 8 gestas).

### Actitudes y prácticas respecto de los factores impulsores e inhibidores

Una de las actitudes mayoritariamente observada fue la escritura “a modo de ruego” de los *consentimientos de solicitud* de LT. En el HMIRS<sup>13</sup> se exige a la usuaria que solicite formalmente dicha práctica mediante la escritura de un consentimiento en el que explicita los motivos de su solicitud y destaque que no desea tener más hijos. De las 17 mujeres que ya habían requerido la LT, algunas mencionaron que no pensaron solicitarla nuevamente porque obtuvieron respuestas desalentadoras en otras instituciones. En los relatos, se escuchaba desesperanza e incertidumbre respecto de la realización de la intervención requerida.

– “Yo no quería saber más nada de tener familia, volví a quedar y dije ‘eso fue porque no me ligaron las trompas’. Y ahora de vuelta volví a quedar y no quiero... Después de esa vez que me dijeron que no, como que bajé los brazos” (Melisa, 39 años, 5 gestas).

En materia de SSyR, lamentablemente se ha visto que una de las prácticas recurrentes sigue siendo el *aborto inseguro*.<sup>11</sup> Previamente a solicitar la LT, 3 mujeres mayores de 32 años (1 con cesárea iterativa) pensaron en recurrir a un aborto; y 5 buscaron información (2 con cesárea iterativa). De este subgrupo, 3 eran menores de 30 años, una tenía 6 niñas y otra un bebé de 3 meses. El caso más extremo fue el de la mujer gestante que tenía el mejor nivel de instrucción educativo quien usó misoprostol por cuenta propia con la intención de interrumpir el embarazo a pesar de que tenía cesárea iterativa.

Otro dato inquietante consiste en que más de la mitad (17/30) de las mujeres ya habían iniciado la ruta crítica en otra oportunidad. De este subgrupo, 11 solicitaron la LT en forma previa a la sanción de la ley nacional N° 26.130, y 3 en forma posterior.

Al finalizar este estudio en mayo de 2010, a dos tercios de las entrevistadas (21/30) se les realizó la LT: 17 fueron intracésárea y 4 fuera de la situación de parto, por vía laparoscópica. Ninguna de ellas para esa fecha presentó efectos adversos o complicaciones atribuibles al procedimiento. Con la intención de comprender lo sucedido con las entrevistadas que no llegaron a obtener la LT solicitada recurrimos a la estrategia de revisar las Historias Clínicas y de contactarlas telefónicamente. Los resultados fueron los siguientes:

- De 5 mujeres que terminaron sus embarazos en partos espontáneos: a 1 le suspendieron el turno quirúrgico programado desde el hospital y a la siguiente fecha no pudo presentarse; otra mujer se encontraba en lista de espera, y 3 no regresaron para programar la intervención.
- De las 4 mujeres restantes: a una no fue posible realizarle la LT por razones médico-quirúrgicas y decidió usar anticonceptivos orales; otra mujer había solicitado la LT en estado de puerperio y no regresó para solicitar turno quirúrgico. Y en 2 casos no se pudo establecer el contacto telefónico.

En la *figura 1* ilustramos la ruta crítica que realizó una de las entrevistadas a modo de caso testigo.

### Discusión

Según la bibliografía,<sup>14</sup> las mujeres que inician un proceso de ruta crítica, inauguran una *carrera de obstáculos*. No sólo deberán continuar pese a los obstáculos institucionales y de grupos conservadores –religiosos o no–, entre otros, sino que además deberán enfrentarse a sus propias creencias y concepciones respecto de lo que implica *ser madres, dedicarse a la crianza* y ocuparse de los *cuidados anticonceptivos*.

Los relatos de las entrevistadas que forman parte de la presente investigación, muestran que la mayoría tiene información errónea o imprecisa sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, gran parte de las mujeres *solicita la LT a modo de ruego* manifestando temor a que la misma les sea denegada. Las mujeres no se representan a sí mismas como sujetos de derechos, a pesar de que existe una legislación que las ampara, y las decisiones sobre sus cuerpos “quedan delegadas en otros”. Esta actitud, observada en un estudio<sup>15</sup> previo a la sanción de la ley y en otra investigación realizada en el año 2008<sup>13</sup>, da cuenta de la existencia de **obstáculos epistemológicos y simbólicos**<sup>11</sup> que limitan el ejercicio de una ciudadanía plena. En con-

cordancia con estudios realizados en nuestro país en el año 2005<sup>16</sup> y 2010<sup>16</sup>, esta investigación muestra que aun persisten **obstáculos institucionales**.

La puesta en práctica de criterios inequitativamente arbitrarios por parte de algunos efectores de salud, tales como informar, brindar consejería y aceptar la solicitud de LT sólo a partir de determinada cantidad de gestas de la usuaria, o exigir ilegalmente el consentimiento del cónyuge, son algunos impedimentos con los cuales se encuentran las mujeres en las rutas críticas que realizan para solicitar la LT.

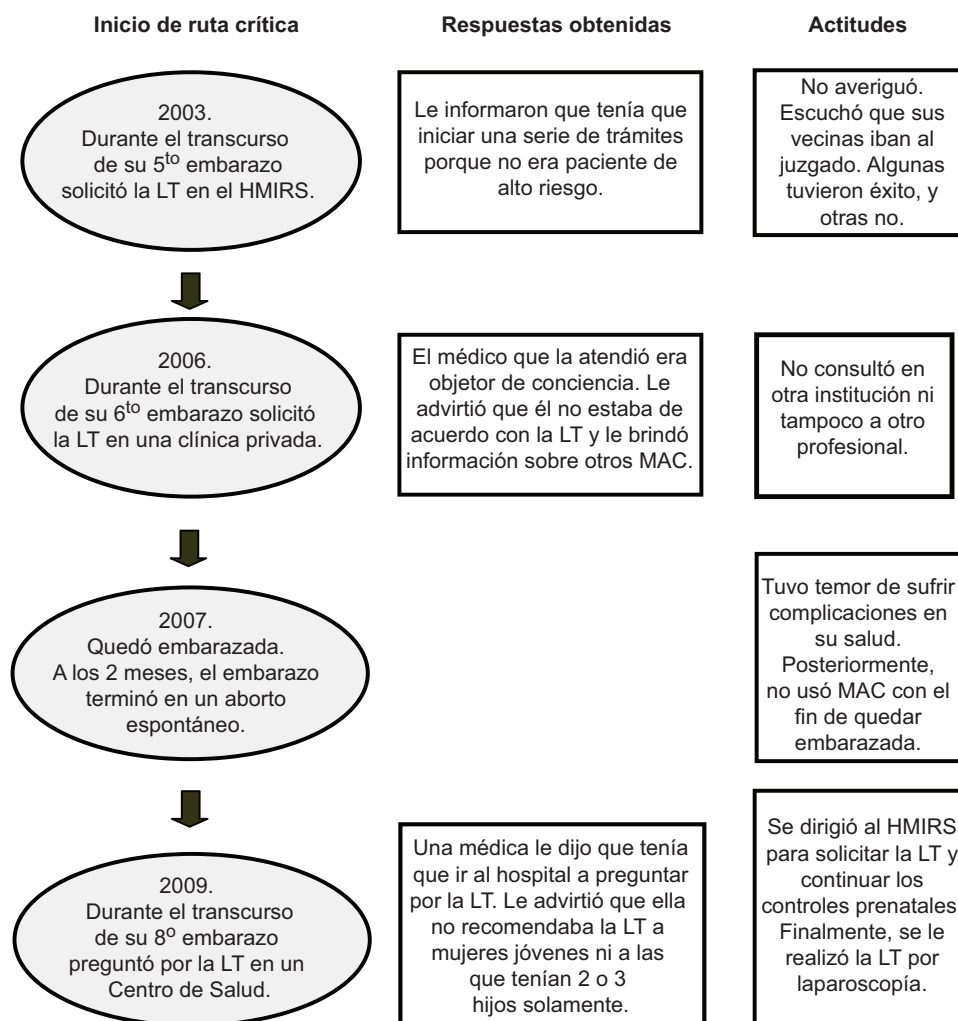
### Recomendaciones

**En cuanto a la relevancia para políticas e intervenciones sanitarias:** *concientizar a las y los profesionales de la salud acerca del lugar clave que*

ocupan como actores sociales, para que puedan favorecer la apropiación y alentar el *ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos* por parte de las y los usuarios de los servicios de salud.

Reflexionar sobre posibles estrategias que arbitren los medios para que la LT se realice en tiempos acotados cuando se trate de intervenciones fuera de la situación de parto (la técnica predominante es la realizada intracésarea), con el fin de evitar necesidades insatisfechas en anticoncepción, daños en la salud física y psíquica de las mujeres gestantes de embarazos no deseados y muertes causadas por abortos provocados en condiciones de riesgo, así como implicancias personales y sociales. Se recomienda que se arbitren los medios para garantizar la realización de la LT en todas las instituciones de salud que cuenten con los medios idóneos pa-

**Figura 1.** Itinerario de Julieta<sup>4</sup> (mujer migrante que vivía en el conurbano bonaerense, 37 años de edad, 8 gestas)



ra llevar a cabo dicho procedimiento, con el fin de disminuir las “oportunidades perdidas” y las brechas territoriales. Aun ante eventuales objetores de conciencia, o en caso de que exista recurso humano limitado.

## Conclusión

La implementación de la ley nacional N° 26.130 en las realidades sanitarias locales genera controversias y exige a las y los profesionales de la salud la adhesión a paradigmas sanitarios que posibiliten la puesta en práctica de las políticas públicas destinadas a beneficiar a las usuarias de los Programas de SSyR en forma equitativa y no arbitraria; con el fin de garantizar el acceso oportuno a la LT, y disminuir las iniquidades relativas a brechas territoriales, institucionales y obstáculos simbólicos y epistemológicos a nivel sanitario de la Argentina.

## Agradecimientos

A las beneficiarias del Programa de SSyR que compartieron su tiempo y nos relataron parte de sus experiencias y vivencias. A las autoridades del HMIRS que apoyaron la realización de esta investigación. A las y los integrantes del HMIRS que brindaron su colaboración y facilitaron la realización del trabajo de campo, especialmente al Sr. Darío Bouso, a Susana Gabbanelli y a Margarita Currié.

A la Comisión Nacional Salud Investiga (ex Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología), por el aval y la financiación del proyecto. A la Prof. Graciela Zaldúa y a las integrantes de su equipo de investigación UBACYT por los valiosos aportes y acompañamiento. Y también agradecemos a Alejandro Kaminsky y Tais Moschella por su apoyo personal y técnico.

## Bibliografía

1. Bianco M. La planificación familiar en las políticas públicas argentinas: perspectiva histórica. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1ra ed. Rosario: Corpus; 2005. p. 43-51.
2. Mas M, Barbato WR, Charalambopoulos JT. Anticoncepción quirúrgica voluntaria. En: Barbato WR, Charalambopoulos JT, editores. Tratado de Anticoncepción. 1ra ed. Rosario: Corpus; 2005. p. 289-309.
3. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Anticoncepción Quirúrgica Mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio. Métodos Anticonceptivos. Secretaría Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2008. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/aqm\\_ligadura\\_trompas\\_falopio.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf). Acceso el 20/12/10.
4. Sagot M, Carcedo A, Guido L. Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
5. Stedman's Medical Dictionary. 26ta ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995.
6. Roman H, Robillard PY, Verspyck E, Hulseley TC, Marpeau L, Barau G. Obstetric and Neonatal Outcomes in Grand Multiparity. *Obstetrics & Gynecology* 2004;103(6):1294-9.
7. Seidman DS, Armon Y, Roll D, Stevenson DK, Gale R. Grand multiparity: An obstetric or neonatal risk factor? *Am J Obst Gynecol* 1998;158(5):1034-9.
8. Szasz, I, Lerner S. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México DF: El colegio de México, 1996.
9. Zaldúa G, Lodieu MT, Bottinelli MM, Pawlowicz MP, Gaillard P, Barbieri A. Representaciones y prácticas en los actos de salud desde los discursos de género. En: Zaldúa G, Bottinelli MM, compiladoras. Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud. 1ra ed. Buenos Aires: Eudeba; 2010. p. 249-60.
10. De Souza Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: De Souza Minayo MC. El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. 1ra ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997;17:165-207.
11. Zaldúa G, Pawlowicz MP, Longo R, Moschella RG. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. En prensa, 2010.
12. Watzlawick P. Profecías que se autocumplen. En: Watzlawick P. La realidad inventada. 1ra ed. Barcelona: Gedisa; 1988. p. 82-98.
13. Moschella RG, Charalambopoulos JT, Pawlowicz MP, Naddeo SJ, Rodríguez PG. Motivos de solicitud de ligadura tubaria. Estudio exploratorio desde la perspectiva de las usuarias gran multíparas que asisten a un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Hosp Mat Infantil Ramón Sardá* 2009;28(3):114-20.
14. Shepard B. La salud sexual y reproductiva. Una carrera de obstáculos. 1ra ed. Santiago de Chile: Catalonia; 2009.
15. Del Río Fortuna C. El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo. *Cuadernos de Antropología Social* 2007;25:169-188.
16. Human Rights Watch. ¿Derecho o ficción? La Argentina no rinde cuentas en materia de salud sexual y reproductiva; 2010 agosto ISBN: 1-56432-670-5. Disponible en: <http://www.hrw.org/en/reports/2010/08/10/illusions-care-0>. Acceso el 5/04/11.