

HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE

30/10/08

-En la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, reunidos en el recinto de sesiones del Honorable Concejo Deliberante a los treinta días del mes de octubre de dos mil ocho y siendo las 10:35 horas y dice el:

Sr. Laserna: Hoy se abordará esta temática en profundidad, porque me parece que en el fondo se trata de la libertad como un bien fundamental del ser humano, me parece que desde un Concejo Deliberante en el cuál normalmente lo que hacemos es deliberar para mejorar la calidad institucional y el acceso de todos a la igualdad de estas oportunidades, me parece que estar entregándoles esta Resolución en la que se declara de interés un libro que apunta a esta cuestión, es de sumo interés para nosotros como representantes del pueblo y para todos los actores involucrados en esta problemática. Por otro lado es de resaltar también la actitud activa que ha tenido el bloque del Frente para la Victoria en este caso a través de la concejal Viviana Roca que es la presidente del bloque, trayéndonos esta inquietud que posteriormente fue tratada y aprobada por unanimidad por todos los concejales, pero me parece que esto demuestra de parte del bloque del Frente para la Victoria una actitud abierta hacia la comunidad en el resguardo de todas estas libertades individuales que hablábamos hace un rato y me parece que tenemos que agradecer en nombre del Presidente del Concejo Deliberante esta actitud activa de los bloques en el resguardo, en el fortalecimiento de estos derechos y de estas garantías que tanto nos interesa proteger. Los voy a dejar trabajando en esta temática que tanto nos interesa y sepan nuevamente que para nosotros, no solamente es reconfortante que utilicen la Municipalidad, en este caso el Concejo Deliberante como un ámbito de debate, como un ámbito de discusión, sino que diría que es un orgullo que ustedes piensen al momento de debatir una posibilidad, de debatir la posibilidad de un trabajo que interesa tanto a la comunidad que piensen en el recinto del Concejo Deliberante como el ámbito propicio y el ámbito apropiado para trabajar estas cuestiones que tanto nos interesan. Así que simplemente eso, nuevamente darles la bienvenida y esperando que el trabajo en esta jornada sea lo más fructífero posible, Muchas gracias.

Sra. Roca: Muchas gracias Leandro. Lo que vamos a hacer en primer término es entregarles a las dos autoras de este libro la Resolución de este Concejo Deliberante que le da el interés del Concejo Deliberativo al libro que han creado.

-Acto seguido se hace entrega de la Resolución a las autoras del libro. Continúa la

Sra. Roca: En segunda instancia por supuesto agradecer a todos los presentes, en especial vamos a agradecer, compartir esta jornada con la Subsecretaría de la Mujer, con muy poca disponibilidad de tiempo ha hecho, un tiempo entre el Congreso de Política Social, que yo les contaba que ha sido parte del inconveniente que hemos tenido respecto a la participación de más concejales y de la participación activa de la comunidad, pero nosotros habíamos definido esta fecha y era imposible postergarla, correrla etc. y a veces es imposible y por supuesto al representante del doctor Alejandro Ferro que es del área de Salud de la Municipalidad, es director, el doctor Ibarlucía que nos acompañan en esta actividad y también esbozarles un poco –no sé si vos Alejandra lo vas a hacer- pero ayer nos llamó la Secretaria de Desarrollo Social excusándose y analizando aún desde la lejanía que era un tema sumamente interesante que querían tener la escucha sobre el tema y nosotros le dijimos que era un poco la inquietud y la otra inquietud que teníamos era que de alguna manera este libro circulara por los ámbitos de la Subsecretaría de la Mujer, porque creo que es una investigación muy específica, muy concienzuda y de alguna manera representa en este tema que es la esterilización femenina y los derechos reproductivos una investigación que como bien dice algún prólogo del libro, no ha sido realizada en el país, sobre este tema. Entonces me parece que era sumamente importante e interesante y por eso accionamos como bien dicen algunas de las participantes y como dijo Leandro con mucha inquietud para ponerlo a la luz. Yo quiero decir dos palabras que las he escrito para no olvidarme ningún detalle sobre lo que es el planteo, o lo que nosotros entendimos desde el Frente para la Victoria del planteo del tema. Nosotros entendíamos que de alguna manera abordar la necesidad de las mujeres, especialmente que conforman los sectores más vulnerables de la sociedad, de una amplia accesibilidad de las prácticas de esterilización, la información que las mismas conllevan y los derechos reproductivos que le son propios, era una tarea importante de esta jornada. La esterilización femenina permanente es una problemática sumamente compleja que plantea reflexiones de distinta índole, las cuáles pueden ser analizadas desde las distintas perspectivas que encierran esto y los agentes que están implicados dentro de ella. Los pacientes por un lado, los profesionales de la salud por el otro y fundamentalmente el Estado

por el otro. Como bien se plantea el trabajo que abordaremos es imprescindible, sacar a la luz los condicionamientos sociales y económicos que muchas mujeres padecen, las perspectivas de género y el bagaje cultural que subyace en la toma de decisiones y de una decisión de estas características tan importantes. En la línea de estas ideas quiero rescatar algunos conceptos que están vertidos en el libro de las doctoras Urbandt y Bostiancic, en el sentido de que los derechos reproductivos son parte de los Derechos Humanos y por tanto significan la posibilidad de las personas de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Por otra parte estos no se agotan en derechos negativos, sino que los estados –y aquí es donde tenemos un protagonismo ineludible, los que estamos como funcionarios de ese Estado- tienen obligaciones positivas para garantizarlos y fortalecerlos. Claramente es el Estado quién debe asegurar a sus habitantes el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación coacciones, ni violencia. En ese sentido entendemos que el dictado de la Ley 26.130 en el año 2006, estableció un necesario régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, al reconocer el derecho de toda persona capaz y mayor de edad, de acceder a métodos esterilizantes permanentes en los efectores de salud sin autorización judicial previa, en consentimiento libre e informado. Sin duda fue este un paso fundamental del Estado en el tema, creemos que no es el único, creemos que esto hay que seguir trabajándolo, esto es un camino que hay que recorrer, me parece que la propuesta es el inicio de un camino con un montón de información fundamental para cualquier camino de resolución legislativa, sea del ámbito nacional o provincial que hay que seguir recorriendo, pero este es un paso fundamental. Por último y antes de abrir esta jornada a las voces de los especialistas –es a los que necesitamos escuchar- quiero expresar mi humilde reconocimiento al esforzado trabajo de estas dos profesionales que han gestado este libro. He interpretando de alguna manera algunas palabras del prólogo que creo que estuvieron en manos de uno de los disertantes de hoy, en ese prólogo se habla que la obra combina la investigación concienzuda, el seguimiento pormenorizado de la casuística del Partido de General Pueyrredon, con el ensayo y la reflexión personal. Combinación que es el gran mérito de este libro. Su habilidad para desplegar ante nuestros ojos la complejidad expresada por un pequeño universo. Con justicia para esta obra podríamos utilizar la sentencia de León Tolstois “Pinta tu aldea y serás universal”. Esto es lo último y le dejamos la palabra a las especialistas.

Sr. Checetto: Mi nombre es Sergio Cecchetto, yo soy investigador de CONICET y profesor investigador de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Yo quería agregar algunas cosas a modo de apertura. La primera es que este libro no es el primero que aborda esta temática, hubo un libro anterior en el año 2002, sobre esterilización voluntaria dentro del Hospital Público, tomando como caso de análisis desde el año '94, lo que pasó aquí en nuestro partido y lo escribió Patricia en aquel momento y esto de alguna manera es una continuación y una ampliación de esas inquietudes, que además tienen una localización muy especial que es el Comité de Bioética de los hospitales públicos, tanto del HIGA, del Regional, del Oscar Alende, como del Materno Infantil Víctorio Tettamanti aquí dentro de la ciudad y desde este pequeño espacio que ya lleva diecinueve años funcionando de manera interrumpida, nos ocupamos de la docencia, de las consultas en lo quehacer a las diferencias valorativas entre pacientes, médicos, institución y obviamente de la investigación. Así que esto me parece de alguna manera una consagración de un trabajo que se viene haciendo desde hace bastante tiempo que cada tanto tenemos la suerte que se plasma en un libro que es un poco el área más feliz de la vida académica, cuando uno puede presentar el resultado de su trabajo a los ojos de los demás. Yo creo que la Bioética en general como movimiento, pues este libro recoge, no solamente inquietudes médicas, inquietudes sociales, inquietudes desde el área jurídica, sino que de alguna manera la combina para hacer un balance valorativo, es decir qué se piensa de esta cuestión desde un punto de vista más integral. Esta no es una combinación frecuente. En general la Bioética en Argentina fue siempre especulativa, se teoriza sobre una cuestión y en general quienes teorizan están muy alejados de los lugares donde se toman decisiones, donde se ve cara a cara a la gente, donde se tratan de resolver los problemas, de presentar los dilemas y ver cómo se los transita. Desde este punto de vista el trabajo este que de alguna manera hoy nos da la excusa de hablar de la esterilización femenina, va un poco a contra corriente de esta tendencia mayoritaria, no es un libro teórico, es un libro que tiene una base empírica, pretende hacer teoría en función de haber visto qué es lo que efectivamente ocurre. Esto es raro, de movida es raro. En ese sentido sí me parece que combina la investigación –como vos planteabas recién- con la cuestión más ensayística y con la reflexión personal de profesionales que están trabajando dentro del hospital comprometidos con este tipo de pacientes o al menos de mujeres que se convierten luego en pacientes. Nosotros nos quejamos en general como argentinos que aquí en nuestro país nunca hay estadísticas, uno nunca sabe qué es lo que ocurre, nunca sabe qué es lo que pasa y habla por intuición, pero le resulta bastante difícil después concretar esto, mostrar en número y cuando tenemos que apelar a los números nos referimos a los países centrales y mostramos las estadísticas que hacen ellos y tratamos de extrapolar. Y en estas cuestiones tan sensibles, tan íntimas, como la vida reproductiva de la gente, extrapolar es muy peligroso porque en general lo que ocurre aquí, no es lo que

ocurre allá. El único trabajo existente no solamente tomando como escala nuestro país sino todos nuestros países vecinos, el único trabajo existente es esta cuestión inicial, este libro inicial, que hablaba del Partido de General Pueyrredon desde el año '94 y que ahora se prolonga hasta el 2008, lo cuál es fantástico, yo no digo que lo que pase aquí en nuestro partido sea lo mismo que pasa en los Valles Calchaquíes, o lo mismo que pasa en Chubut, no lo sé, pero en este momento es nuestra única pauta de comparación y esto es interesante, que haya de alguna manera un registro, no intuitivo, no del "a mí me parece" sino un registro serio que nos permita comparar cómo se está desarrollando esta problemática en otros lados e inclusive respecto de otros países que todavía no iniciaron este camino. En ese sentido me parece muy interesante y estimulante, al menos para toda la gente que ha tomado el área de los Derechos Reproductivos como una especificación de los derechos humanos básicos sobre los que hay que trabajar y ahondar. La publicación tiene una estructura bastante sencilla, tiene un primer capítulo que describe brevemente y desde un punto de vista médico cuáles son los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, cuáles son reversibles o transitorios, cuáles son permanentes y después se enfoca especialmente sobre la esterilización masculina y la femenina que es la que desarrolla luego. Hay un segundo capítulo a renglón seguido que incluye y revisa desde el punto de vista jurídico la normativa que existía a nivel provincial y nacional dentro de la Argentina en materia de derecho reproductivo y esterilización permanente. Hay un tercer capítulo que traza de alguna manera el estado de la cuestión dentro del Partido de General Pueyrredon, que es un trabajo de análisis estadístico de la población de mujeres esterilizadas dentro del hospital público y retoma aquel trabajo inicial del '94 y analiza los últimos años y aquí se da otra especificidad que es interesante, es que es un trabajo que puede comparar qué pasó antes que se promulgara la Ley Nacional del '96 – que vos mencionabas- y qué pasó después y quiénes accedieron a esa práctica y en qué condición. Esto nos va a permitir después ver si en verdad la Ley sirvió o no sirvió y qué ajustes en cualquier caso hay que hacerle. Porque hay una intuición que yo creo que el trabajo demuestra con métodos estadísticos y es que hay una relación directa entre la baja de nacimientos en el Partido de General Pueyrredon y la aplicación masiva –podría decir a esta altura- de la práctica esterilizante de mujeres. En mujeres en edad fértil y cada vez a edades más tempranas. Esto que era una intuición, una sospecha, de alguna manera me parece que ahora es un registro que hay que atender de un ángulo mucho más fuerte, está de alguna manera demostrado, por decirlo así. Hay un último capítulo de cierre, de conclusiones, que están vistas de manera más integral, no sencillamente del punto de vista médico, jurídico, social, etc. sino podríamos decir, desde un punto de vista bioético y cierra con dos apéndices, uno de los cuáles formula un consentimiento informado para la paciente, tratando que no se escape ningún área y una serie de cosas que hay allí que instrumentar, por ejemplo un período de espera entre que la mujer pide la práctica para ella y el momento de realizarla, cuestión que tenga tiempo de pensar más de una vez sobre la cuestión y posibilidad de arrepentirse y cosas semejantes, porque es una decisión, estamos hablando de un método que en la práctica es definitivo. Si bien una esterilización permanente puesto que existen posibilidades técnicas en algunos casos de ser revertidos, con este tipo de pacientes, con este tipo de perfil socio económico y demás, es una práctica en rigor definitiva. Existe un último apéndice que compila toda la legislación Provincial y Nacional al respecto de estas cuestiones. Me parece que el gran mérito de la obra es no solamente que muestra qué pasa con este pequeño universo que analiza, sino que deja planteado una serie de inquietudes que hay que ver si se repiten en otros ámbitos y alguna de las cuáles hay que ver si se repiten en el tiempo, y aquí tenemos unas cuantas cosas que pensar. En general porque me parece y coincido contigo que la Ley 26130 es un avance, es un primer paso, pero muchas veces las cosas que se presentan como una liberación, como un beneficio, como una gran ganancia, traen aparejadas también acompañándolas una serie de valores o de cuestiones que también inquietan y hay que tratar de retomar esta Ley y hacerle los ajustes necesarios en la práctica para que no se convierta en una condena la esterilización lo que tendría que ser siempre una elección, una decisión personal. Yo no voy a abundar más o menos hemos planteado los renglones que tenemos que discutir y de alguna manera Verónica Tomatis, el doctor e inclusive las autoras van a presentar rápidamente siguiendo el esquema que dijimos aquí. Gracias.

Sra. Urbandt: Yo soy Patricia Urbandt, soy médica ginecóloga y obstetra, trabajo en el Hospital Materno Infantil desde hace unos cuantos años y yo diría que soy una médica de trinchera, porque en realidad he estado en contacto con el paciente siempre, atendiendo consultorio, haciendo guardia en la sala de internación, en quirófano y esto tal vez es una osadía, un juego del pensamiento empezar a vivir, a compartir una serie de experiencias y uno va creciendo, va envejeciendo y lo importante también es que vaya madurando en ese recorrido y de recibimos los médicos –la mayoría- y creer que tenemos la solución para todo, con el cuchillo en una mano y nos sentimos que podemos solucionar, porque realmente es cierto, con el bisturí en la mano y con la lapicera creemos que recetando, operando, interviniendo, podemos solucionar la mayor parte de las cosas. Y por suerte, es así en gran parte, pero hay otra parte que eso no nos lo da tanto la facultad sino que nos lo da este recorrido, este estar en el hospital, estar en la guardia, estar en internación, el escuchar al otro, al que tenemos

enfrente, a los pacientes y empezar a ponernos un poco más a la par, no nosotros con el saber y el conocimiento y el otro que es el paciente, el que depende de nosotros. Esta es una tarea que a lo largo de los años uno tiene la oportunidad de aprenderla, algunos la aprenden otros no. Trabajando en el comité de bioética de los dos hospitales eso ha sido sin ninguna duda, una apertura al pensamiento muy grande y el poder reflexionar y ubicarse en otro lugar para todas estas cuestiones. Fundamentalmente ha sido una inquietud el hablar en forma individual con las distintas mujeres que concurren al hospital a tener familia, las que querían tener hijos, las que no querían tener hijos, las que habían tenido los hijos que tenían por decisión y otras por obligación o por accidente, porque no lo pudieron evitar de ninguna manera y uno empieza a pensar y sumado a la aparición de las leyes sobre salud sexual y reproductiva, sobre procreación responsable, sobre anticoncepción y finalmente culminado con esta sobre la ligadura de trompas y la vasectomía en el hombre. Esto ha ido acompañando el crecimiento de la población y de todos nosotros lógicamente. Cuando empecé a pensar y a trabajar en este libro, en estas cuestiones, no estaba la Ley que salió recién en agosto de 2006 y había un comportamiento totalmente distinto en la población que está desarrollado y no voy a abundar en esto ni aburrirlos, pero realmente uno empieza a trabajar de una manera y finalmente trabajando con Carla y trabajando en las distintas leyes en las provincias, cuando estábamos o creíamos que estábamos culminando este trabajo o esta etapa de este trabajo, sale la Ley, entonces nos da un corte transversal y nos sitúa en otro lugar y nos permite ver, por un lado el antes y el después y ver qué ventajas y desventajas había en el antes y en el después. ¿Qué quiero decir con esto? Una cosa que uno observa es que antes de la Ley, la paciente que quería acceder a una esterilización o a un método anticonceptivo definitivo, tenía que padecer un recorrido, por el médico, por tribunales, por asistentes sociales, por una evaluación psicológica y digo un padecer, porque era todo un recorrido que llevaba tiempo, esfuerzo, gasto económico, problemas familiares, con quién dejaban los chicos cuando iban a tribunales, si tenían plata para el colectivo, todo esto que ustedes deben conocer perfectamente, era la desventaja, que se soluciona con la Ley que permite que la mujer en cualquier momento acceda a esta práctica quirúrgica método anticonceptivo permanente y en nuestro medio podríamos decir que es reversible aunque la sociedades científicas digan que no lo es, pero la realidad es que por costos la mujer que se practica una ligadura de trompas, hoy no puede entre un año o dos acceder a un método de micro cirugía para plantear una reversión. Antes había todo un recorrido, todo un esfuerzo, todo un padecimiento, que ahora no lo hay, pero antes también había un tiempo de reflexión – aunque sea impuesto- pero había un reafirmar ese deseo y esa decisión de no querer seguir teniendo más hijos. En este momento la contracara es que accede tan fácilmente y tan libremente, que muchas veces no se toma ese compás de espera para pensarlo, repensarlo y plantearse porqué decide eso, si es por un momento de apuro, de urgencia, yo creo que la mayoría de las mujeres que están acá después de haber tenido un hijo, si en ese momento le preguntan, en ese instante, si quieren tener otro, yo creo que la mayoría va a decir que no, sea tenido por parto normal, por cesárea, entonces es un momento de mucha vulnerabilidad y a mí me parece que no es el mejor momento para decidir un método tan drástico. Son reflexiones. Entonces tenemos las ventajas y las desventajas. Me parece maravilloso que la Ley haya salido. Me parece que tenemos que instrumentar la manera en que se aplique como para no irnos del otro lado y volver a ser paternalistas de otra manera. Antes éramos porque el médico decidía por la paciente y en este momento le damos tanta libertad, que uno para ejercer la libertad tiene que ser conciente de esa libertad, tener capacidad para poder decidir, tener el tiempo de pensar, tener el tiempo de conversar con otro, uno aprende y decide mejor cuando conversa con otra persona, cuando escucha, cuando reflexiona. Entonces esa es una de las cosas que a mí como médico de trinchera, porque más allá del lugar que uno ocupe en distintos momentos de su vida profesional –yo estoy en la atención de los pacientes- uno elige un determinado accionar y eso me preocupa un poco. Eso es una de las cosas. Yo tengo un pequeño power sobre los métodos anticonceptivos y sobre algunos análisis, ¿quieren que lo desarrollemos? Va a ser muy breve porque prefiero que después hagan preguntas. Aprovecho para agradecer, Viviana muy agradecida por tener este espacio, porque me parece que, el libro uno se pone a pensar, después nunca se imagina que cuando aparece publicado uno ya lo largó y esta, está la criatura y es casi tan peligroso como un hijo y uno no lo puede controlar, pero estos espacios sirven, creo que lo más importante es que podamos hablar y que otro nos diga. Como yo creo que la mujer tiene que tener ese tiempo de reflexión, nosotros acá también, entonces por ahí cualquiera de ustedes dicen, con la tarea que hacen que me parece que es importante, pueden decir “no Patricia, estás equivocada, esto no es así” o “a mí me parece que es de otra manera”. Así que yo les agradecería que después de esto pudiéramos conversar un poco, porque uno sigue pensando en estas cosas. Una cosa con respecto al título. Libertad de Acción versus Libertad de Decisión, porque precisamente lo pusimos porque creímos que hay una diferencia entre actuar o no actuar, puede actuar pensando o puede actuar impulsivamente, las decisiones hay que tomarlas en forma más meditada. Entonces simplemente tratar que el actuar y el decidir sea lo mismo o que una cosa sea consecuencia de la otra. Los métodos anticonceptivos los podemos dividir en temporales y permanentes. Los temporales son aquellos que permiten a quién los utiliza recobrar su fertilidad una vez interrumpido su uso, eso es sumamente importante, es un método transitorio, acotado en el tiempo y en

la vida reproductiva de un ser humano. Un método permanente es aquel que una vez utilizado la persona queda en principio impedida para volver a concebir de manera natural, como es el caso realmente de la ligadura tubaria y de la vasectomía. Ahora vamos a ver cómo actúa cada uno y sabemos que eso por lo menos en forma natural, a través de una relación sexual del coito no va a haber concepción. En neonatura tenemos los naturales y simplemente vamos a decir que son aquellos que están dados por la temperatura basal, por el moco cervical, es decir, naturales que no hay nada ajeno al organismo que intervenga en la reproducción o en el método. Son combinados, hay métodos simples, por palpación del cuello del útero, la temperatura basal, el calendario, hémela que es importantísimo menoréela y lactancia, es el método natural por excelencia y sumamente efectivo y eficiente si se emplea como corresponde. Los mecánicos son el dispositivo intrauterino, el DIU, el espiral, que es un cuerpo extraño que se pone dentro de la cavidad uterina y que tiene un doble mecanismo como cuerpo extraño y liberando en algunos casos cobre, en otros casos progesterona que actúan como anticonceptivos y no como abortivos. Métodos químicos como dice ahí jaleas, espumas, óvulos, esponjas, cremas son sustancias que se introducen dentro de los genitales femeninos unos minutos antes de la relación sexual y que actúan en ese momento, luego se elimina y pierde el efecto. Métodos de barrera, son los preservativos y el diafragma, está el preservativo masculino, femenino, que en el país no está comercializado y no es accesible, es una pena porque realmente tiene un efecto anticonceptivo muy bueno y de prevención de las enfermedades que se contagian por la vía sexual, mayor aun que el preservativo porque cubre la superficie de la vulva de la mujer. Entonces enfermedades como las verrugas vulvares por ejemplo, se previenen más aun. El diafragma es como un sombrerito de látex, como un preservativo chiquito, chatito, y aveces lo confunden con el preservativo femenino no, ya les digo es como un gorrito que se introduce por la vagina y que tapa el cuello del útero. Pero yo ahora les voy a mostrar donde queda colocado en otro esquema e impide que los espermatozoides lleguen y atraviesen el cuello del útero y se encuentren con el óvulo. Generalmente ese método se usa con un gel espermicida, es decir se combina un método químico con uno de barrera para aumentar la efectividad. Después los hormonales que ya sabemos que son las pastillas anticonceptivas de distintas características que no vamos a abundar ahora, los inyectables y los métodos transdérmicos que acá hay unos parches en el país y después hay unos que se ponen intradérmicos que son unas capsulitas que van liberando hormonas que en el país no las tenemos. Y como dije el hormonal también es en el caso del dispositivo intrauterino que algunos tienen progesterona y actúa por el doble método y anillos vaginales que no los tenemos acá. La eficacia de los métodos anticonceptivos temporales, estamos viendo la píldora que va a la cabeza, el anticonceptivo hormonal con un 99.9 % y después va descendiendo lentamente el DIU de cobre, el preservativo masculino, diafragma más espermicida como dijimos, solo el espermicida y el método natural de calendario, moco cervical, temperatura basal hasta un 91%. Esto siempre y cuando se utilicen correctamente, lógicamente el uso común disminuye mucho la efectividad de todos y eso es importantísimo porque esto tiene que ver con el acompañamiento nuevamente “libertad de acción versus libertad de decisión”. Para decidir tenemos que tener tiempo, tenemos que tener conocimiento suficiente. Para tener conocimiento suficiente alguien nos tiene que enseñar, tenemos que aprender y alguien tiene que evaluar periódicamente si ese conocimiento se mantiene, se perdió o se deforma por lo que me dijo mi amiga, la vecina, lo que escuché en algún programa de tele, o en esas revistas de información confusa. Entonces eso es importantísimo porque todo método va al fracaso si está mal empleado. Este es el gráfico de la ligadura de trompas -ustedes lo pueden leer-, lo que quiero mostrar es la ligadura que en realidad es el corte, se sutura, se secciona. A veces a mí me dicen: “a mí no me las ligaron, me las cortaron”, es lo mismo, uno habla de ligadura pero en realidad es el corte y sutura. Esto se da en la parte más cercana, -hay muchísimas técnicas que están todas desarrolladas en el libro- al cuerpo del útero ¿Por qué se da acá? Porque aumenta la efectividad, la confiabilidad, la seguridad del método, cuanto más cercano al cuerpo es el corte, menor posibilidad hay de que se reanalicen y de que falle el método. Por otro lado cuanto más cerca más difícil es hacer por micro cirugía la recanalización, es decir que cuando más seguro y más efectivo es el método menos posibilidades de reversión. Cuando una mujer pide la ligadura lo que quiere es seguridad, no tener otro chico, entonces si la técnica está bien hecha, si después se arrepiente, aunque contara con los métodos económicos para hacerlo disminuye mucho la seguridad. Y si no pasamos a los métodos de fertilización asistida y ya a mí entender es una locura, porque no podemos, antes tenemos que dar comida y educación y un montón de cosas más a nuestra población. El diafragma les muestro simplemente esto, es así, se pone acá como una tapita, este es el cuello del útero acá esta exagerado abierto para que vean, esto apenas es un puntito, pero se pone acá con el gel adentro. Y esto que es también un esquema de los órganos reproductivos masculinos donde tenemos acá el pene, el testículo, la vejiga, la próstata, las vesículas seminales. El corte se hace aquí, el testículo está acá, este es el cordón espermático, la bolsa, este es el escroto de donde cuelga el testículo aquí está el conducto deferente y aquí se hace el corte. Esto es importante tenerlo presente, porque hacer una ligadura de trompas implica entrar en cavidad abdominal en la mujer, por distintas técnicas y va acompañada de una anestesia general o peridural. Esta intervención es absolutamente ambulatoria y va con anestesia local, entonces en el momento de decidir, de asesorar y de

informar esto también hay que tenerlo presente. Esterilización femenina voluntaria en los hospitales simplemente voy a mostrar un cuadrado relacionando la ligadura de tropas y los nacimientos simplemente que en el año '94 era el 0.5 %, en el año 2005 nos fuimos al 2,75 % es decir allá de cada 100 mujeres que parían ½ estadísticamente y más acá estamos en casi 3 %. Esto muestra un entrecruzamiento en cómo bajan desde el año '94 hasta el año 2005, esta es la curva de nacimientos en el Hospital Materno Infantil, no nos olvidemos que no es solo la ciudad de Mar del Plata sino del Partido de General Pueyrredon. Nosotros tenemos mucha derivación de todos los embarazos de alto riesgo o sea con patología y este es el gráfico de acenso de la práctica de esterilización femenina. Diciembre de 2006 es el primer cuatrimestre después de la ley, nos habíamos quedado antes en que era un 2.75 % después de la ley, empezamos con un 6 %. Ya estamos en el primer cuatrimestre de 2008 con un 8.8 % y el último cuatrimestre que tengo registrado estamos en un 13%, que no lo tengo graficado porque son datos muy recientes que no los pude presentar. Pero quería simplemente decirles que ahora estamos que de cada 100 nacimientos, 13 mujeres se practican una ligadura de tropas, 13 de cada 100 no van a tener más hijos. Me parece que por lo menos para empezar que los demás hablen y después abrimos el debate, si quieren. Muchísimas gracias.

Sra. Bostiancic: La doctora Urbandt es muy apasionada, así que nos ha dejado a Tomatis y a mí la labor más aburrida, has contado lo interesante de la estadística y del derecho. En primer lugar quería agradecer a la concejal Roca. Ya se lo he dicho muchas veces, pero esta vez con Patricia, entre las dos lo hablábamos y públicamente agradecerles a la concejal, a Hernán y a las chicas el gran interés que han mostrado desde un principio por esta temática. Recuerdo cuando aparecimos con el librito, tocamos la puerta, sin recomendación sin nada y en seguida era toda una cosa llena de papeles, teléfonos celulares sonando, computadoras. “Bueno, a ver el libro de qué se trata, perfecto, nos encanta, vení, sentate, querés tomar algo”, en un clima de total calidez y cordialidad. Déjanos el libro, lo vamos a leer y al día siguiente recibimos el mail, a la semana ya había un proyecto redactado, nos dijeron esto va a tardar dos meses, a los dos meses había otro mail. Y así sin que nosotras dar ningún impulso a la cuestión esto se fue manejando por carriles propios de la oficina de la concejal y eso para nosotros ha sido muy valioso, nos hemos sentido muy valoradas y eso lo que queríamos decirles con la doctora. Lo iba a decir ella pero se entusiasmó tanto que se olvidó y lo digo yo, muchísimas gracias, realmente por todo. Yo también tengo un power point, la parte que me toca a mí son los aspectos jurídicos, es decir la ley, que dice la ley. Es medio aburrido a veces hablar de lo que dice la ley, no porque no sea importante, la ley rije nuestra vida, la ley está en todo, todo es ley. Como yo a veces les hablo a mis alumnos cuando uno se sube a un colectivo celebra un contrato, cuando uno va al súper celebra un contrato. Uno vive celebrando contratos sin darse cuenta y la ley está en todo, pero a veces la ley está muy lejos de la realidad y creo tenemos ya 27.000 leyes y muchas palabras y papeles muy bonitos y la realidad nos dice otra cosa. Vamos a hablar un poco de lo que debería ser y yo creo que Sergio, Patricia, Verónica y el doctor nos van a contar lo que es. Y después veremos entre lo que debe ser y lo que es y como podemos hacer para que este deber ser y este es, se junten lo más posible, lo más correspondiente lo uno de lo otro. Voy a tratar la cuestión muy brevemente porque acá el tema no es ni asediar con números de artículos, ni de leyes, ni nada por el estilo. Acá está la portada del libro y vamos a pasar a hacer un análisis legislativo. Nosotros sabemos que la cuestión de los derechos reproductivos, ¿por qué llamamos al libro “Derechos Reproductivos y Esterilización Femenina”? Esto es algo que con Patricia lo pensamos desde un primer momento sobre todo teniendo en cuenta que el libro se basaba casi exclusivamente sobre la problemática de la esterilización femenina. Porque la esterilización femenina no debe ser el tema, el tema son los derechos reproductivos, la esterilización femenina es un método más, es el método más gravoso, es la última opción dentro de un conjunto de métodos, dentro de un tema mucho más amplio que son los derechos reproductivos. Por eso antes de conocer y de hablar tanto sobre la ley 26130 que es la ley de Contracepción Quirúrgica o Ligadura Tubaria y Vasectomía tenemos que conocer la ley de Derechos Reproductivos. La ley que crea el régimen que todos tenemos de procreación responsable, entonces por eso es que nuestro libro trata de abarcar las dos cuestiones. Para no restarle importancia a la otra que nos habla de los otros métodos que bien Patricia ya mencionó. Para empezar cuando hablamos de derechos reproductivos la cuestión viene de más arriba, como nosotros tenemos una jerarquía normativa, en primer lugar tenemos la Constitución Nacional, para los que no son abogados la Constitución Nacional bien saben es nuestra Carta Magna. Todo lo que está en la Constitución es lo más importante, son las normas que más tenemos que respetar, los derechos y las garantías fundamentales. Junto con esos derechos y garantías fundamentales nuestra Constitución incorpora tratados internacionales, muchos tienen nombres que todos conocemos. La Convención de los Derechos del Niño, tenemos la Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, todos estos tienen jerarquía Constitucional. Qué quiere decir eso, que lo que dicen, esos tratados, tienen la misma validez que lo que dice la Constitución. Esto qué quiere decir, que tienen una jerarquía que son más importantes que la ley en cuanto su contenido, ninguna ley puede contradecirlos. Entonces ya estos tratados hacen referencia

a los derechos que tienen las personas, ya bien referencias explícitas o implícitas a la defensa de sus derechos reproductivos, ya sabemos que tenemos derechos desde un punto de vista Constitucional. Ahora vamos a ver qué es lo que dice la legislación sobre salud reproductiva, ya desde el año 1991 en nuestro país empezó toda una proliferación de normas a nivel provincial de leyes en materia de salud reproductiva. A partir del año '91 nuestro país por toda una movida, que después se reforzó por la reforma Constitucional las provincias empezaron a legislar en materia de derecho reproductivo. Porque antes del '90, los derechos reproductivos eran mala palabra, no había legislación en esa materia acá hay personas que ya para ese entonces no eran bebés y deben saber que en los '80 o en los '70 los derechos reproductivos no era una cuestión que se pudiera hablar demasiado en la mesa. Ya a partir de los '90 empezamos a tener proliferación de legislación en la materia. Se crea en el año 2002, tenemos la ley nacional 25673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Tenemos leyes a nivel provincial, recuerden que las cuestiones en materia de salud son competencia provincial, por eso tenemos hospitales que son provinciales y a su vez tenemos una ley nacional. La ley nacional tiene que ser adherida por las provincias, la nación crea una ley que tiene básicamente generar el nivel mas elevado de salud sexual y procreación responsable. Evitando discriminación, embarazos no deseados, evitando embarazos adolescentes, garantizar acceso a la información, orientación, prestación, métodos anticonceptivos, lo más importante prescribir y proveer métodos anticonceptivos. La ley que hoy tenemos, garantiza que las personas en el ámbito público y privado de salud, que a las personas se les debe informar, se les debe prescribir y se les debe proveer de manera gratuita, métodos anticonceptivos de carácter reversibles no abortivos. Cualquier persona que vaya a un hospital tiene derecho a exigir este tipo de prestación. Como nosotros vemos, distintas provincias fueron adhiriendo a la ley nacional y solo han quedado cuatro provincias que hoy por hoy no tienen ninguna legislación en materia de procreación responsable, que son Tucumán, Catamarca, San Juan y Formosa. Hace poquito tuve el placer de estar en Tucumán y la situación allá es gravísima respecto a ese tema, no se ha de extrañar porque son estas cuatro provincias las que están sin regulación en este tema. Son provincias que todavía tienen un fuerte prurito a todo lo que es la regulación de la maternidad sobre todo por parte del Estado. Con lo que nos quedamos de esto es, hay legislación a nivel provincial y hay una legislación nacional que obliga a que el Estado provea métodos anticonceptivos reversibles, que informen. Una tiene que ir al hospital, le tienen que proveer métodos, le tienen que informar y lo mismo las obras sociales, después vamos a ver si eso sucede o no, lo dirá acá el doctor, lo dirá Patricia. ¿Qué pasa con la esterilización femenina? Pasó como contaba Patricia hasta el año 2006 las mujeres no podían hacerse una esterilización, tenían que acudir a los estrados judiciales, vía de amparo etc. La situación en otras provincias era diferente ¿Por qué? Porque otras provincias habían regulado, tenían leyes en materia de esterilización femenina, nuestra provincia no, pero otras como las que marcamos ahí sí permitían a las mujeres esterilizarse. Después una ley nacional viene a unificar la situación en todo el país y es la que tenemos hoy, que es la 26.130, que reconoce el derecho de toda persona mayor de edad a acceder a la realización la ligadura tubaria y vasectomía en los sectores del sistema de salud. No nos olvidemos que esta ley no es solo de ligadura tubaria, sino también de vasectomía y si bien esta charla es una charla sobre derechos reproductivos de la mujer, pero no importa que la vasectomía esté incluida, por la mujer misma también. Hay tres requisitos básicos, mayoría de edad, tener 21 años o más, capacidad que un juez no haya declarado a la persona incapaz, por ejemplo cuando esta persona tiene un cierto grado de deficiencia mental. Si esta persona no ha sido declarada incapaz por un juez, es capaz. Si decimos esta persona yo le hablo y no entiende, yo le hablo y no capta lo que digo, esa persona salvo que tenga una orden judicial de declaración de incapacidad es capaz y la firma de un consentimiento informado. Esos son los tres requisitos, con esos tres requisitos la persona se puede esterilizar en el momento que ella lo pida. No es necesario el consentimiento del marido, ni del conviviente, ni solicitar autorización judicial, las personas que hayan sido declaradas incapaces van a necesitar autorización del juez y acá hay algunos requisitos sobre el consentimiento informado. Yo no sé si esto es muy específico, pero básicamente el consentimiento informado, creo que las personas acá reunidas tienen idea de lo que es, es un proceso por el cual se informa al paciente acerca de la práctica que se le va a realizar. Nosotros vemos que la ley exige muy poquito para que la persona se pueda esterilizar, -como decía Patricia- no exige un tiempo, no exige la intervención de ningún tipo de comité, no exige la reunión con ningún tipo de psicólogo ni sociólogo, no exige un tiempo de espera solo exige una edad, que no haya sido declarada judicialmente incapaz y un consentimiento. Pero claro, no define como debe ser este consentimiento solo dice una serie de cuestiones que hay que informarle, algunos riesgos, por ejemplo las alternativas de otro anticonceptivo, las características de procedimiento. Pero claro, no dice si se le tiene que explicar a la persona cómo se le debe explicar, si yo a la persona le doy un papel así, con esos requisitos ya está es suficiente es un consentimiento para la ley. La ley en este sentido se ha quedado un poco corta, si la ley se iba a basar en el consentimiento informado como piedra de toque a los efectos de la posibilidad de realizarse la esterilización, a mi entender tendría que haber sido un poco más específica en este concepto de consentimiento informado y efectivamente no lo es. Y este es otro tema de discusión, acá tenemos al doctor Sergio Cecchetto especialista en materia de consentimiento informado. Él nos

va a poder hablar un poco de qué se trata esto, la doctora Patricia Urbandt también, eso es un tema preocupante, la doctora Patricia Urbandt compartirá experiencias donde las pacientes, quieren firmar el papelito y esterilizarse en el mismo quirófano y que se hace porque yo como abogada te tengo que decir que la ley dice usted lo quiere, usted lo tiene. La ley dice que si un médico se niega por ejemplo si seguimos, la ley acepta la objeción de conciencia, qué es la objeción de conciencia, es el derecho del médico a decir no. Yo a esta persona por una objeción de conciencia, por ejemplo viene una chica de 21 años, que está en sala de partos y se quiere esterilizar, en ese momento lo decidí, yo por objeción de conciencia digo no, a mi moralmente me parece que no, porque esta chica no lo pensó. Entonces objeto y digo no lo hago, pero en ese momento el hospital tiene la responsabilidad de traer inmediatamente a otro médico que lo haga, si no es pasible de responsabilidad civil. La ley tiene que garantizar, la ley lleva a que el Estado garantice que esa operación se realice sí o sí. Entonces acá se plantea ese dilema para el médico, qué pasa cuando el paciente lo quiere y lo tiene que son los términos en los que la ley se expresa, por eso nosotros cuando salió la ley, lo que bregábamos era por una reglamentación que no solo diera un período de reflexión, sino que explicara un poquito más qué es esto del consentimiento informado ¿es un papel? o es una charla con el médico, o es una charla con un especialista o es una charla con un trabajador social. La ley nos ha llevado, como todo en este país, lo que nosotros llamamos en derecho “las leyes espectáculo”, de no tener nada a un día amanecer y ver en la tapa de Clarín “Ahora las Mujeres podemos”, “Antes no podíamos”. Ahora gracias a este Gobierno o gracias a esta situación, ahora podemos, ahora las mujeres somos libres, somos más mujeres y esos espectáculos son buenos, ahora podemos, ¿Pero cómo podemos? Sí podemos pero en qué situación podemos, acá es donde a veces a los abogados desde el punto de vista legal está todo muy bonito y a esto si le sumamos que tenemos la preciosura de la ley de legislación ¿Qué tal es su ley en materia de salud reproductiva? La ley que tenemos es divina, es una ley modelo en el mundo, proveemos métodos y todo. Ahora yo les pregunto ¿están proveyendo métodos en los hospitales? Yo quiero que los doctores me respondan esa pregunta, ¿hoy hay métodos? Después veremos esa cuestión, tijeras siempre va a haber, como dicen siempre hay una sala, un quirófano y siempre va haber ligadura...

Sra. Urbandt: No, no ni siquiera sino que vos tenes que priorizar y estamos restando emergencia por ejemplo, tenemos pocos recursos obviamente y no vamos a dedicar el quirófano, el personal, el instrumental, el material para métodos preventivos ante una apendicitis, una cesárea, u otra cosa.

Sra. Bostiancic: Pero ahí todo entra en el gran entramado del juego de lo que la ley dice y de lo que pasa en la realidad.

Sra. : Pero lo que usted dice es al revés de lo que la doctora dijo, porque dijo que si yo quiero, tiene la obligación sí o sí de realizarla y no importa la apendicitis de otra.

Sra. Urbandt: Quizás a usted no, pero a mí como profesional sí me interesa y tengo en cuenta las prioridades y los recursos.

Sra. Bostiancic: A lo que vamos es que generalmente este tipo de leyes muy bonitas, pero como decía el doctor Ceccetto, nosotros legislamos, nuestros legisladores hablan, legislan y regulan para modelos de mujeres suizas o alemanas o muy pensantes para realidades hospitalarias diferentes, pero cuando llega el momento nos quedamos con el papelito, porque cuando tenemos que bajar toda esta realidad, y esos palacios de elefantes blancos a nuestros hospitales, les resulta muy difícil. Muchas gracias, creo que me he tomado más del tiempo necesario y vamos a dejarle lugar a la licenciada Tomatis.

Sra. Tomatis: Mi nombre es Verónica Tomatis, yo soy contadora, nada que ver con las especialidades de las chicas, pero soy docente de la Universidad y de la cátedra de Estadísticas, por ello me han contactado, para que a partir de los relevamientos, de los datos que ellas obtuvieron, tanto del Poder Judicial, como de los hospitales, pudiéramos ver si todo lo que ellas pensaban estaba ratificado en los números que ellas pudieran obtener. Les quiero decir que fue un trabajo que nos llevó mucho tiempo, Carla creo que estuvo seis meses en tribunales relevando datos. Una vez que habíamos cerrado el trabajo, salió la ley y después queríamos tener datos con lo que había pasado con la ley, con lo cual ocho meses después volvimos a rever lo que habíamos escrito para poder incorporar el impacto de la ley, que nos llevó casi dos años de trabajo para poder volcar la experiencia en el libro. Esto es una síntesis de lo que está en el libro y de todo lo que hicimos, porque como el tiempo era acotado, yo traté de trabajar con los promedios representativos de todo el período, pero si a alguien le interesa en el libro está analizado año por año cómo fue la evolución. Acá traté de volcar lo que es más significativo por año, sino trabajando con los promedios del período considerado que fue del año 2000 al 2005 y después de los

meses que obtuvimos los datos posteriores a la ley, que fue de setiembre de 2006 hasta el primer trimestre de 2007. El objetivo del estudio fue analizar la evolución de la esterilización quirúrgica femenina permanente dentro del partido de General Pueyrredón. Ya los expositores explicaron que trabajos como este no hay y este trabajo es específicamente de lo que ocurre dentro de este Municipio. El objetivo del estudio fue hacer un análisis de lo que pasaba previo a la sanción de la ley, donde analizamos las solicitudes que se presentaron para su autorización por vía de amparo, porque previo a la ley se tenía que hacer con una autorización que se presentaba vía amparo. Una vez que teníamos las autorizaciones analizamos de estas autorizaciones cuántas fueron efectivizadas, porque vamos a ver que mucha gente solicitó la autorización, pero a pesar de tenerla, en el camino se arrepintió y no se efectivizó la ligadura. Con respecto al análisis posterior a la sanción de la ley, que fue en agosto de 2006, vamos a analizar qué es lo que pasó en el período que les dije, porque más datos no teníamos a la fecha que cerramos el informe para poder publicar el libro que fue en mayo del año pasado. La fuente de información que obtuvimos para hacer el análisis fueron datos obtenidos del Departamento Judicial de Mar del Plata, de los hospitales públicos, Materno Infantil y General de Agudos, que se obtuvieron de los Departamentos de Estadísticas de ambos hospitales y además Patricia ha tenido acceso a historias clínicas de donde se obtenían los datos de en qué fecha se efectivizaban las ligaduras para poder analizar desde la fecha que se solicitó en tribunales el amparo, hasta la fecha que se efectivizó, qué tiempo transcurrió, casos que se hicieron en menos de un mes, en menos de una semana desde que se solicitó el pedido hasta que se efectivizó. Además otras fuentes de información fueron publicaciones específicas sobre el tema para enganchar lo que pasó en este período, con un análisis que hizo la doctora Urbandt, que ya comentaron, que fue del período '94 al '99, con lo cual teníamos dos períodos de cinco años que me permiten hacer comparable la información en esos dos períodos haciendo un corte en el año 2000. El informe yo lo estructuré en cuatro capítulos, donde primero estaba toda la información referida a lo que pasó en el Departamento Judicial. Después la información relacionada con los hospitales, previo y posterior a la sanción. Por último, el análisis comparativo de los datos relevados por la doctora en la publicación anterior que había hecho sobre la temática que estamos analizando. Con relación a la información que obtuvimos del Departamento Judicial de Mar del Plata, analizamos qué cantidad de ligaduras se habían autorizado en el período bajo análisis, las solicitudes por qué defensorías habían ingresado y después en qué juzgados habían sido acordadas. En el libro está especificado año por año cómo fue la evolución, yo acá sintetiqué como para que si había alguien relacionado con tribunales, supiera cuáles fueron los juzgados que tuvieron mayor ingerencia en el tema con respecto a los amparos. Ahí vemos la evolución de las autorizaciones que se hicieron en el período 2000 al 2005. Se relevaron 1144 registros en total en el período considerado, con lo cual ingresaron a tribunales 1144 pedidos de amparos en el período considerado. Como vemos, esto ratifica lo que la doctora había expuesto, -acá está en valores nominales, ella lo puso en porcentajes-, en el año 2000 teníamos solo 37 casos y en el año 2003 llegamos a un pico de 289 autorizaciones que después 2004 y 2005 bajó, pero 246 con respecto a 37 que era el año original, fíjense que hubo una evolución muy significativa. Si calculáramos una tasa promedio de incremento de todo el período considerado, nos da que se incrementó en promedio un 46% con respecto al año que tomamos como base, que era el año 2000. En valores nominales vemos que casi se sextuplicó la cantidad de autorizaciones que ingresaron a tribunales para hacer el amparo. Considerando las solicitudes presentadas por la defensoría podemos ver que el 81% fueron ingresadas por la Defensoría General, con lo cual tuvo la mayor preponderancia con respecto a los pedidos que recibió y después la Defensoría 4 y 5 siguen en orden decreciente, por el Colegio de Abogados no ingresó nada. El rubro indeterminado es porque las teníamos como autorizadas, pero no pudimos rastrear los datos por dónde habían sido ingresadas. Hay un 14% que no pudimos determinar por dónde se había presentado la autorización para el amparo. Con respecto a las autorizaciones de los amparos por juzgados, vemos que el 45% fue autorizado por el Juzgado Correccional 4, que es el de mayor cantidad de amparos que autorizó, siguiéndolo el Correccional N°3, el N° 2 y el N° 1, que es un 1% y es muy poco significativo.

-Ante expresiones fuera de micrófono dice la

Sra. Tomatis: Es válido, porque yo analizo los números, pero las causas por ahí se me escapan, más allá de que ellas me han tenido que embeber en el tema para que yo pudiera entender qué era lo que estaba pasando y poder explicarles lo que les estoy explicando ahora. Con respecto a los datos que relevamos de los hospitales, previo a la sanción de la ley analizamos que de esas ligaduras tubarias que habían sido analizadas, cuántas habían sido efectivizadas y cuántas no. Porque en el camino muchas mujeres que habían solicitado la autorización, aparentemente se arrepintieron y a pesar de tener la autorización no se hicieron la ligadura de trompas. Analizamos la proporción de ligaduras que se hizo en cada uno de los hospitales, las edades de las pacientes esterilizadas y los plazos, que era lo que yo les explicaba hoy, para ver entre el momento en que se solicita el pedido del amparo, hasta que se efectiviza, cuánto plazo hubo, para analizar si ese tiempo fue durante el

embarazo o alguien lo hizo antes de estar embarazada, como previéndolo. Vamos a ver que la mayoría de los casos las decisiones se tomaron durante el embarazo. Si analizamos los datos desde el punto de vista del lugar donde se efectivizaron las ligaduras, vemos que el 74% se hizo en el Materno Infantil y el 26% en el Hospital General de Agudos, porque los nacimientos solamente se producen en el Materno Infantil, con lo cual se aprovechaba el momento del parto para hacer la ligadura. En cambio, en el caso del Hospital General de Agudos habría que hacer una intervención, que era específica al efecto. La mayoría de las mujeres que solicitaron la ligadura, se la ligaron en el momento que tuvieron los hijos, por eso nos da la proporción del 74% en el Hospital Materno Infantil. En este gráfico vemos la evolución de las ligaduras autorizadas discriminando en verde las que fueron realizadas y en color naranja las que no fueron realizadas. Fíjense que hay un alto porcentaje de mujeres que la solicitaron, pero que después no efectivizaron la ligadura tubaria. Si mal no recuerdo, creo que alrededor del 30% de las mujeres que solicitaron el amparo para ligárselas después, en el camino no lo efectuaron a pesar de tener la autorización judicial para hacerlo.

Sra. Urbandt: En el caso de este 30% aproximadamente que no concretaron la práctica quirúrgica, en algunos casos es porque cambiaron su decisión y en otros casos porque la autorización llegó posterior al momento del nacimiento. Vamos a ver más adelante que el lapso entre el pedido del recurso de amparo, cuando se inicia el trámite hasta el momento en que se ejecuta la práctica, vamos a ver que por números a veces nos da más de lo que es un embarazo, más de los 280 días de un embarazo. Esto es porque la paciente se realizó la ligadura en el embarazo siguiente. Se tramitó en un embarazo, no llegó la autorización, se volvió a embarazarse y ahí tramita la ligadura. En algunos casos se les realizó con esa autorización, en otros casos, lamentablemente se les volvía a pedir que hiciera todo el trámite, porque el pedido había sido durante un embarazo y este era otro momento vital. Uno por un lado lo puede analizar como un error y por el otro, no es tanto un error. Puede haber cambio de pareja, modificaciones de la estructura familiar, pérdida de hijos, por eso es necesario reconfirmar ese deseo.

Sra. Tomatis: Relacionándolo con lo que vos habías dicho, tenían un tiempo que si querían revertir la situación, a pesar de tener la autorización, no la habían efectivizado, podían hacerlo. Pero ahora una vez que toman la decisión ya no hay vuelta atrás. Este gráfico nos muestra la relación porcentual de las ligaduras tubarias que se realizaron sobre la cantidad de nacimientos en el HIEMI, porque los nacimientos se producen en el HIEMI. Si nos fijamos la proporción de mujeres que se hicieron la ligadura, con respecto a los nacimientos, vemos en estos números, ya los había mostrado Patricia, que del 0,54% del año 2000, llegamos al 2,8% en el 2003 y en el 2005 un 2,74%. Si yo analizo el promedio, me da que para todo el periodo bajo análisis, el 1,9% de las mujeres que tenían hijos se hacían la práctica de la esterilización permanente. En este periodo nos quedamos con que fue el 1,9%, comparado con los valores que vimos después de la ley, creció significativamente. Ahora lo vamos a ratificar. Quiero decirles que este gráfico me muestra con respecto al HIEMI, pero si yo calculara el total de ligaduras entre los dos hospitales, con respecto a los nacimientos que solamente se produjeron en el Materno y llego a un promedio de 2,58% y no 1,90% como les expresé. Esto me estaría reflejando solamente en el HIEMI, pero si yo incorporara las ligaduras que se hicieron sobre el total de nacimientos en el HIEMI, me da valores mucho más altos, porque en el otro hospital se hizo exclusivamente la ligadura y no había nacimientos. Este gráfico nos muestra la relación porcentual de este índice que estábamos hablando y la cantidad de nacimientos. Patricia ya algo había mostrado y vemos que la línea amarilla nos está mostrando la cantidad de nacimientos, que tiene una tendencia descendente y la proporción de las ligaduras tiene una tendencia ascendente, con lo cual la brecha a largo plazo nos estaría indicando que se está incrementando y la proporción de las mujeres que se están sometiendo a una esterilización permanente está en alza y al ser la cantidad de nacimientos menores, este índice cada vez es más fuerte. Con relación a las edades de las pacientes esterilizadas, podemos ver que para cada año, este cuadro me refleja la edad mínima que se sometió a la esterilización permanente y la edad máxima. La edad mínima estuvo entre los 17 años y los 26 años. Fíjense que 17 años para someterse a esta práctica, es una edad alarmante para tomar una decisión de este tipo, no sé si la meditó o no, pero es bastante alarmante.

Sra. Urbant: Quiero aclarar que este caso era antes de la ley y seguramente ese caso, fue por una indicación médica, social, muy importante. La estadística a veces es fría, pero no hay que olvidarse que en los últimos números, que en cinco meses de este año tenemos 28 pacientes con menos de 25 años y de esas varias tienen 21 años. Esto es posterior a la ley, esto es decisión, consentimiento y aplicación de la ley.

Sra. Tomatis: Quiero decirles que el año 2002 es atípico, fíjense el resto de los años está entre 21 y 26 años la edad mínima de una paciente que se sometió a una intervención de esterilización permanente. Las edades máximas están entre los 44 y los 47 años. Si nosotros analizáramos las edades de las pacientes esterilizadas por rango de edades y las representamos gráficamente, este gráfico es un resumen de los cinco años bajo análisis. En

la publicación van a ver que hicimos un análisis pormenorizado año por año de qué es lo que sucedió. Fíjense que en el intervalo etáreo de 30 a 34 años tengo la mayor cantidad de casos de esterilización permanente. Si calculáramos la edad promedio a pacientes que se hicieron la esterilización nos dio que fue de 33 años. Si calculamos la mediana que es una medida estadística que me permite identificar cuál es el valor central de la distribución de datos bajo análisis, llegamos a la conclusión que el 50% de las mujeres que solicitaban la esterilización eran menores a 33 años y el otro 50% eran mayores de 33 y hasta 49 años, que es el registro de la máxima edad que tenemos de una paciente que solicitó la intervención. Acá tenemos el análisis que recién les planteábamos con la doctora Urbandt, referido a los plazos desde el momento en que se solicitó en el Poder Judicial la presentación del amparo hasta que se efectivizó y lo expresamos en días. ¿Por qué hicimos el corte a los 250 días?, la doctora me explicó que el embarazo dura 280 días y que una mujer no se entera que está embarazada hasta por lo menos un mes de atraso, con lo cual el corte no tenía sentido hacerlo en los 280 días, la mujer podría estar embarazada y no saberlo y queríamos nosotros relacionarlo a esto con el período de gestación en que estaban las mujeres cuando hacían el pedido del amparo en tribunales y cuánto tiempo pasó en que se hizo el pedido y se efectivizó la ligadura. El 6% de los casos analizados solicitó la ligadura en un embarazo y se efectivizó en otro o en una operación posterior, porque no tiene porqué haber sido en un parto. El 94% restante se hizo durante el período de gestación, la autorización y la práctica. En este gráfico lo que vamos a ver es la proporción según en qué momento del embarazo estaban las mujeres que se hicieron la práctica. Tenemos que el 25% se lo hizo en los dos primeros trimestres del embarazo, el 47% lo hizo entre el 7° y el 8° mes y el 28% lo hizo durante el último mes y este dato lo abrimos entre las tres primeras semana del mes y la última semana, porque es muy significativo ver que un 6% de mujeres que hicieron el pedido y entre que se pidió y se efectivizó estaban en la última semana de embarazo antes de la gestación. Eso está relacionado con lo que decía la doctora, que no estaba en una situación anímica que era la necesaria para tomar esta decisión y a pesar de eso hubo un 6% de casos que se tomó la decisión y se efectivizó en la última semana de gestación. Estos datos nos muestran que si yo sumo y considero los trimestres de los embarazos, tengo un 75% que la decisión se tomó y se efectivizó en el último trimestre del embarazo y un 25% lo hicieron en el primer trimestre del embarazo.

Sra. Roca: Verónica, te voy a cortar un segundo, porque Alejandra Patuto, la Subsecretaria de la Mujer se tiene que retirar y yo quería darle la palabra porque se tiene que ir al Congreso de Políticas Sociales.

Sra. Patuto: Disculpen la descortesía, porque además tenemos sumo interés y una de las cosas que quería recalcar, además de la generosidad de ustedes y de Viviana, es que si logramos coordinar la producción de saberes, el trabajo que nosotros estamos haciendo en la Subsecretaría desde otra forma, pero es la trinchera y desde lo legal, que por ahí es una de las grandes falencias, porque a todos nos cuesta compartir y coordinar, si lo logramos habremos avanzado un montón. Las felicito por el libro, les agradezco la generosidad y si están de acuerdo sería bueno hacer difusión de todo esto. Sería importantísimo que a través de todos los programas sociales que nosotros tenemos, donde hay contraprestación, que podamos tener este material, porque la cultura y la educación va a ser acá lo más importante. Lo podemos difundir y si en algún momento, si ustedes están dispuestas, hacer otra reunión acá, o en alguna sociedad de fomento o en la Subsecretaría y por ahí con la colaboración de todas, que entre todas vayamos midiendo, evaluando y realimentando todo esto. Me parece fantástico poder llevar información a las mujeres. Les agradezco muchísimo y les pido mil disculpas.

Sra. Tomatis: Yo ya termino, me faltan dos o tres filminas así nos la aburro más. Lo que me falta es ver qué pasó después de la ley con los datos que nosotros obtuvimos. En el año 2006 yo puedo hacer un corte en agosto que fue la fecha de sanción de la ley, con lo cual tenemos el primer y segundo cuatrimestre con cantidad de ligaduras tubarias que se efectuaron previo a la sanción de la ley y el último cuatrimestre de 2006 que pasó después de la sanción de la ley. Este gráfico nos muestra que en el primer y segundo cuatrimestre hubo 38% de casos del total del año y en el último cuatrimestre, después de la sanción de la ley, fue del 62%, con lo cual en un cuatrimestre tuvimos casi el doble de lo que se había hecho en el primer y segundo cuatrimestre, previo a la sanción de la ley. Los datos que están expuestos acá por ahí no son los mismos que van a encontrar en el libro, porque por ahí los reestructuré para mostrar de otra manera más concreta, porque en el libro estaba graficado mes por mes y el tiempo no me alcanzaría. La idea era que se viera cómo el impacto de la ley hizo que se incrementaran y en este caso en un cuatrimestre, más del doble de lo que se había hecho en los dos primeros cuatrimestres del año. En este caso lo que hice fue, como yo tenía los datos cuatrimestrales del primero y segundo cuatrimestre del año 2006, tenía los datos de los dos cuatrimestres posteriores a la sanción de la ley, hacer ese mismo análisis con los dos cuatrimestres previos a la sanción de la ley y los dos cuatrimestres posteriores. Los datos que obtuvimos fue que previo a la sanción de la ley teníamos un 21% y en el período posterior, los dos últimos cuatrimestres posteriores a la sanción de la ley, fueron el 79% de los casos del total

analizado de los dos cuatrimestres, con lo cual fijense que esto ratifica lo que la doctora les había expresado en los índices de cómo se había incrementado la cantidad de ligaduras tubarias posterior a la sanción de la ley. Más allá de lo expuesto, desde mi punto de vista, creo que un análisis con ocho meses, no puedo establecer una tendencia, con lo cual creo que queda abierto a un análisis posterior, porque hay que ver si esto fue el boom después de la ley de que muchas personas hicieron y hay que ver si a largo plazo esta tendencia se mantiene. Yo creo que va a disminuir porque de mantenerse esta tendencia llegaríamos a casos extremos donde la mitad de las mujeres que tienen un hijo se estarían esterilizando y creo que sería demasiado. Pero si vemos que los valores son alertas que tenemos que estar viendo cómo evoluciona el tema. En este cuadro hice un comparativo quinquenal con los datos que la doctora había expuesto en el primer libro, considerando el período '94, '99, contrastado con el período 2000-2005 que fue lo nuevo que se agregó previo a la sanción de la ley. En valores nominales las ligaduras tubarias en el primer quinquenio fueron de 195 y en el segundo fueron de 606, con lo cual en forma porcentual esto me representa un incremento del 211% considerando los dos períodos. Con relación a los nacimientos, nosotros ya habíamos visto que la tendencia era descendente. En el período comprendido en el año '94-'99 se produjeron 33.267 nacimientos y en el período 2000-2005 disminuyó a 31.881. Esta variación porcentual no es mucha, es del 4%, pero habría que ver qué es lo que pasa a largo plazo, porque si una sigue aumentando y otra sigue bajando, la brecha se hace cada vez mayor y considerando la relación porcentual analizada, habíamos visto que en el período '94, '99, el 0,6% de las mujeres se efectuaban una ligadura tubaria y en el período 2005, en promedio casi el 2% de las mujeres se hicieron la esterilización permanente. Quiero aclararles que dice HIEMI, porque yo solo pude comparar los datos con el Materno Infantil, porque la doctora en el libro que había hecho, había hecho solo el análisis con los datos del Materno Infantil y no tenía los datos del Hospital Interzonal para comparar el índice. Por eso se hizo específicamente, pero muestra la tendencia, creo que estos valores nos reflejan un alerta, es un tema que hay que prestar atención y por ahí más adelante habría que hacer otro análisis para ver cómo evolucionan estos valores y cómo fue el impacto desde el punto de vista social, de qué es lo que habría que hacer a partir de los valores que reflejan la investigación que hicimos.

Dra. Urbandt: Quiero decir que Verónica se embebió en el tema, de ser una contadora pública, la agarramos nosotras dos y la involucramos, porque de ser todos los números tan fríos se empezó a trabajar y a entender qué es lo que queríamos ver. Le quiero agradecer públicamente, porque trabajó muchísimo.

Sra. Roca: Le vamos a dar la palabra al Director de Salud, me parece que la mirada desde el punto de vista del Municipio faltaría para tener un panorama más completo, por lo menos en la primera impresión. Antes de finalizar hacemos un ping pong de preguntas. Nosotros hemos invitado a promotoras de salud que han trabajado específicamente en un área y en un tema específico, pero me parece que también seguramente van a generar una serie de interrogantes que las autoras tendrán que dirimir si es posible.

Sr. Ibarlucía: Buenos días. Fundamentalmente quiero hablar más que como Director de Salud, yo soy médico de la Municipalidad desde hace doce años y durante once años trabajé en salas municipales, fundamentalmente en el barrio Belgrano, que es un barrio muy populoso, porque no es solamente ese barrio, sino varios barrios más y este tema de las ligaduras de trompas, fundamentalmente de los métodos anticonceptivos es una de las mayores consultas por las cuales acuden las mujeres por la gran cantidad de hijos que tienen, todos sabemos que la baja condición social, hace que tenga más hijos por la dificultad a la accesibilidad en los métodos y viví, como decía la doctora, las dos etapas, la etapa previa a la ley y la etapa posterior a la ley. En la etapa previa a la ley la gente se acercaba, muchísimas mujeres consultaban durante el control del embarazo que querían ligarse las trompas, cómo era el trámite para la ligadura de trompas, había que hacer la autorización judicial, la entrevista social y muchas terminaban agobiadas por todos los trámites y decidían no hacérsela. En aquella época incluso tampoco había un Programa de Salud Reproductiva. No se colocaban DIU en los centros de salud, estaba expresamente prohibido colocar DIU y los métodos anticonceptivos que nosotros teníamos, inyectables o anticonceptivos orales, eran provistos por los laboratorios de acuerdo a la bondad del laboratorio. Yo rezaba a fin de mes para que viniera el de Gador, porque era el que más me traía anticonceptivos y cuando venía era una fiesta. Algunas personas se lo podían comprar, pero eran las menos y cuando llegaban se corría la voz al minuto, yo cruzaba la plaza para ir al kiosco a comprar algo y en la plaza me paraban para preguntarme ¿llegaron los anticonceptivos? Yo volvía del kiosco y había una cantidad de gente impresionante, así como llegaban se entregaban y desaparecían. Eso se produjo durante años. En la etapa posterior a la promulgación de la ley, ahí se fue mejorando, el Municipio comenzó a colocar DIU, llegaban los métodos anticonceptivos de Nación, tanto para la lactancia, como para los anticonceptivos comunes y los inyectables y por último la alternativa de la ligadura tubaria. Al principio lo que yo pude observar, incluso yo cuando ingresó el Programa de Salud Reproductiva

hicimos un par de charlas en uno de los colegios, se convocó, vino bastante gente, se mostró un video sobre los métodos anticonceptivos, todos los pro y todos los contras y todas las situaciones sobre los temporales y sobre los permanentes. Por supuesto que después está el boca a boca que se reproduce en el barrio, porque estamos hablando de un barrio de 50.000 personas, habría 100 personas obviamente, entonces eso tenía mucho que ver. Ahora bien, la experiencia que yo tuve en la sala es que el tema de la ligadura tubaria se solicitaba... generalmente a mí me llegaban a la consulta, porque es la misma gente que ustedes atendían en el hospital, las pacientes que tenían muchos hijos querían ligarse las trompas o ligarse las trompas, no querían otro método anticonceptivo por más que les hablara de que nadie está exento de que puede separarse o de enviudar, formar otra pareja y luego no poder tener más hijos. Después me ha pasado que han vuelto para ver si podían quedar embarazadas nuevamente. Igualmente no era la mayoría de las pacientes, pero era un porcentaje no tan desdeñable de las que volvían a acudir. El tema del DIU se daba el problema por el momento en que se colocaba en DIU, previamente al DIU un papanicolao, un mes para que venga el resultado del papanicolao y después el turno para el DIU, en ese lapso entre que ellas lo solicitaban, se hacían los estudios y se le daba el turno para la colocación del DIU, ahí se producían los embarazos. Una vez que se instauró el programa, lo que vi yo en la sala era que las otras personas que pedían ligaduras de trompas se producía porque había demora en la entrega de los anticonceptivos o porque se olvidaban de tomarlos, les decíamos que estaba la inyección mensual, pero te decían que no les gustaba aplicarse inyecciones, estamos hablando cuando no hay un tema médico que impida el uso de pastillas. Siempre hablando de lo que no hay inconveniente y ahora -desde diciembre del año pasado dejé la sala para estar en funciones- el problema de la discontinuidad que hubo este año sobre la llegada de los métodos anticonceptivos, tuvimos desde el mes de febrero, hasta el mes de junio sin la llegada de los anticonceptivos desde Nación y eso creo que potenció muchísimo el tema de la ligadura de trompas, porque este es un programa que lo básico es la continuidad, si tiene discontinuidad el programa se cae y durante mucho tiempo se cayó. Yo particularmente mi visión desde la Dirección y como ginecólogo y médico de trinchera durante tantos años, logré instaurar el tema para que se compren los anticonceptivos y al final hubo un momento que se compraron anticonceptivos porque estábamos hablando de poblaciones muy amplias, estamos hablando de 100.000 personas que están bajo programa en toda la ciudad, tranquilamente. Sobre todo en centros muy populosos, yo puedo hablar de Belgrano, del barrio Las Heras, los que dependen de IREMI, que se llevan buenos programas de salud reproductiva, que no es solamente médicos, sino servicio social y se trabaja muy bien, se había llegado a una discontinuidad y por el tema cultural y el factor masculino no quieren usar preservativos, porque eso no faltó, ni preservativo, ni inyectable en toda esa etapa, lo que faltaron fueron fundamentalmente las pastillas, los preservativos llegaban y los inyectables también llegaban. Después se fue regularizando a medias porque al principio en el mes de julio comenzaron a llegar las pastillas anticonceptivas, pero en un número bastante menor, de 5.500 que se recibían, recibíamos 3.500 en ese invierno, la licenciada en obstetricia lo sabe, recién ahora estamos un poco mejor, estamos bien con las partidas de anticonceptivos. Me explayé en esto, porque es lo que fundamentalmente manejamos en los centros municipales, son los métodos anticonceptivos que nosotros utilizamos. Yo coincido plenamente con la visión tuya, que creo que se están haciendo a mansalva, perdonando la expresión, se está castrando. Es castración, no es prevención.

Sra. Roca: Podemos empezar con un ping pong de preguntas, si les parece.

Sra.: Quizás esta pregunta no corresponde, pero me quedé pensando en algo de la edad, usted dice de la edad de los 17 años, me quedé pensando en eso, no es que tiene que ser mayor...

Sra. Roca: Esto fue antes de la ley y con autorización judicial. Ahora debe tener 21 años

Sra. : Lo que me duele es que una chica de 17 años se lo puede hacer y hay tanta problemática que a lo mejor si es una violación, ya sé, es un aborto... pero eso fue lo que me molestó.

Sra. Urbandt: No es otro problema fuera de área y lo que usted pregunta es la pregunta del millón y es la que nos preguntamos todos y además creo que tenemos una respuesta. Esa mujer que ha sido abusada y ha sido avasallada como persona, como ser humano desde todo punto de vista, uno tiene que bregar por defenderla. Pero es otro tema. Lo que nosotros estamos planteando acá en principio es el llegar antes, que si realmente implementamos una buena red de métodos anticonceptivos, de programación en la salud reproductiva, de que las familias o las mujeres tengan los hijos que quieran, en el momento que quieran, si esto fuera así disminuiríamos muchísimo la cantidad de abortos legal e ilegal, punible, todo. Tendríamos que preocuparnos fundamentalmente de las situaciones que usted plantea, de la mujer abusada, por ejemplo. Pero acá tenemos y lo sabemos perfectamente que la cantidad de abortos que se practican son de las mujeres que son abusadas por su propia

pareja, que no les permiten usar otros métodos anticonceptivos, que él no usa preservativo y ni hablar de la vasectomía y son las mujeres que no quieren tener más hijos y tienen derecho a no tener más hijos, pero nosotros tenemos que tratar de no solo proveerlas, sino enseñarles y acompañarlas. Ustedes que trabajan como promotoras de salud, a veces uno dice que los profesionales, los médicos, los psicólogos, los asistentes sociales, las obstetras, no, nosotras tenemos que educar y esto está en este libro y en el libro anterior mío, realmente también. Nosotros tenemos que transmitirles a ustedes, a gente que trabaja como ustedes, que tienen esa tarea y ustedes trabajar en la comunidad, porque hasta a veces hay un montón de preguntas que a una mujer le va a dar vergüenza o incomodidad plantearse a un médico, por ejemplo y a un par no. Entonces uno tiene que educar y capacitar a los pares, uno tiene que estar para una instancia más complicada, por así decir, pero nuestra función no solo es administrar salud o métodos anticonceptivos, sino compartir conocimiento con ustedes. Eso es un compromiso nuestro, por eso cuando ahora Alejandra dijo que nos ofrece trabajar en forma conjunta, a mí me encantaría, porque uno no se puede quedar en lo teórico, en lo intelectual, porque no sirve para nada.

Sra. Galeano: Yo me quiero presentar, he sido compañera de Patricia, soy ginecóloga, trabajo en el Instituto Nacional de Epidemiología en el área de enfermedades de transmisión sexual y sida y tengo también a mi cargo un Programa de Delitos contra la integridad sexual, por esta cuestión de los abortos y demás. Quería agradecerles a las tres por el trabajo que han hecho, que es excelente y refrescar esto de que es muy difícil tener estadísticas en el país, así que lo que han hecho ustedes es un trabajo muy loable y fantástico. Quería mencionar algunas cosas que a la ley se le escapa, esta cuestión me parece tan importante porque este es el sujeto inesperado en la consulta. Una persona de 17 años o una persona en una situación desesperada donde en realidad siempre estamos desde la salud pública muy atrás de las circunstancias, porque uno tiene que educar, el que decide tiene que conocer todas las alternativas, las ventajas, las desventajas, sino no es una elección, realmente es una decisión desesperada. Creo que se acude a esto como decisión desesperada y debemos trabajar mucho nosotros que trabajamos en salud, sobre esto. Me pareció brillante que se le pida la decisión al caballero, que forma parte de la decisión de tener un hijo, porque esto no es una decisión unilateral mía, me parece que es una situación donde uno por lo menos tiene que transitar en un espacio de reflexión con un psicólogo, es una decisión irreversible y sabemos que en la práctica privada podemos hacer una cirugía y tiene un 20% de solución. Esta práctica hospitalaria sabemos que es definitiva. Hay otras alternativas, pero tenía que hacer esta reflexión, cuando decimos que la epidemia del VIH o sea del sida es cada vez más joven, más pobre y que es más femenina, estamos refiriéndonos a que se da entre los 19-25 hasta los 35 años y esta gente que está usando esta práctica definitiva seguramente no se va a cuidar contra estas enfermedades de transmisión sexual, entonces tenemos que educar y esto lleva tiempo y es la conciencia, la ley no resuelve nada, lo resolvemos entre todos concientizando. Es un trabajo muy duro que hay que hacerlo en la trincherita. Bueno, eso es lo que quería agradecerle.

Sra. : Lo que a mí me preocupa es la edad cada vez menor de las chicas, a pesar de que hay charlas en las escuelas y supuestamente le dan a los varones, a las chicas, pero eso no alcanza. Me parece que una charla más profunda vendría bien, después serán ellos los que decidan, pero me preocupa eso, cada vez se cuidan menos, las chicas son de cada vez menos edad y los padres no son responsables de sus hijos.

Sr. Ibarlucía: Parece que la información no es la correcta, por ejemplo cuántas veces escucha por televisión, o chicas jovencitas que utilizan como método anticonceptivo la pastilla del día después y esa no es la solución, pero lo nombran como método anticonceptivo en muchos lugares, es una aberración.

Sr. Ceccheto: Otra cosa más, cuando la paciente está transitando su edad reproductiva, dentro de todo va al hospital para hacerse ciertos controles de salud y es el momento de volverla a ver aunque sea una vez por año o cosa así y poder ver cuál es su estado sanitario general. Cuando se esterilizan estas pacientes, a la edad que sea, en general el hospital las pierde y no las ve nunca más, con lo cual allí sí las recibís vos en el INE con alguna enfermedad de transmisión sexual y creo que este tipo de práctica, de alguna manera abona la cantidad de pacientes que luego vos terminas recibiendo en el instituto.

-Se realizan comentarios fuera de micrófono

Sr. Bochini: Mi nombre es Hernán Bochini y quería darle otra mirada a este asunto, porque subyace como que la ley sería por sí sola, naturalmente no lo resuelve, pero es fundamental, es la herramienta básica y decisiva sobre la cual se puede trabajar. Es decir, cualquier acuerdo tiene que ser a partir de la ley y precisamente es en este recinto es donde se debe debatir, donde se debe plasmar las normas de conductas. Eso es lo que quería decir,

porque sino daba la sensación de que todo estaba sujeto al voluntarismo y el voluntarismo sin la ley no alcanza. Gracias.

Sra. Bostiancic: Yo quería retomar un tema que acá se conversó a la pasada, que era el tema si la mujer era multipara o no en el tema de la edad, porque a veces parece que si tiene muchos hijos sería un justificativo para la ligadura tubaria. Es un tema que lo hemos discutido mucho con Patricia. El hecho que tenga tres, cuatro, cinco hijos ¿justifica la ligadura tubaria? Tiene 23 años y ya tiene cinco, qué garantiza que cuando tenga treinta siga teniendo cinco, quizás no tenga ninguno o sí, o tenga otra pareja y quiera tener más. Me parece que el eje de discusión no pasa por ahí, sino que pasa por cuántos ella quiera tener. Por ahí quiere tener nueve, ¿uno se lo va a prohibir?

Sra. : Yo tengo una compañera que tiene doce y ella no quería tener más ya cuando tenía nueve y por distintos motivos no se la podía hacer y llegó a doce.

Sr. Ibarlucía: El hecho de tener tantos hijos, hay que ver cómo van a estar, hay situaciones de pobreza extrema, patologías, enfermedades, se produce un efecto dominó sobre otras cuestiones, que además de quedarte...

Sra. Bostiancic: Está bien, pero que eso no nos lleve muchas veces, sobre todo a los médicos o a los profesionales de la salud a ser inductivistas con respecto a la práctica. Que los profesionales de la salud no recomienden más la práctica respecto de otro tipo de métodos, eso quizás pueda observarse tal vez.

Sra. Roca: Por eso me parece Carla que cuando se analiza todo este tema, no se puede analizar desde un solo aspecto, el que vos estabas nombrando ahora parece de cantidad y ahí justamente, acá confluyen tantos factores y deberían confluir en esta decisión justamente todas las alternativas y todas las variantes posibles para tomar una decisión libre, madura, firme y responsable, en este caso mayormente las mujeres, porque hoy todavía estamos analizándolo desde el punto de vista del género. Yo quisiera cerrar diciéndoles que estoy satisfecha del encuentro y les vamos a pedir a las responsables de esto, porque esto da para mucho más, creo que hay otros espacios para poder desarrollar, contraproponerles a la comunidad, aquí hay muchas promotoras de salud con las que venimos trabajando nosotras desde hace mucho tiempo y seguramente alguna de ellas tendrán alguna inquietud, así como lo tomó la Subsecretaría de la Mujer respecto a la posibilidad de que este intercambio no solo confluya en este espacio, sino que haya otros espacios donde se pueda discernir y contraproponer. Este es un tema ampliamente discutible, todo lo que venimos diciendo, también de la mirada de la comunidad. Esta escucha permanente que proponen ustedes y que propone la posibilidad de tener un elemento valioso, como es una investigación de estas características me parece que es lo enriquecedor y lo enriquecedor es este ida y vuelta de estos encuentros, en estos espacios que pueden ser estos u otros y ya las tenemos ahí, por lo menos en el pedido de si alguna de las compañeras que están en algún espacio comunitario requieran este informe, las profesionales estén por ahí a disposición en este tema. Gracias.

Sra. Urbandt: Quiero cerrar y dejar una reflexión como para que nos vayamos todos con trabajo para el hogar, porque la parte de arrepentimiento, por ejemplo, que es una asignatura pendiente que tengo, que me gustaría por ahí ir trabajando de aquí a cinco años, porque además hay que dar un tiempo para que la gente reafirme o se arrepienta, si lo hago pasado mañana no va a servir, por eso me gustaría como una continuación de este trabajo. Pero en los trabajos en el extranjero, -acá tampoco hay- en Estados Unidos en una estadística de más de 12.000 mujeres que se realizaron la ligadura de trompas, el factor más importante asociado al arrepentimiento era la edad, no el número de hijos, no el número de parejas, era la edad en que se realizó la ligadura de trompas. A mí ya me venía sonando medio raro esto y empecé a prestar mucha atención en estas cuestiones de la edad porque tienen que ver con la iniciación sexual muy precoz, con la desinformación, con la falta de cuidados, nos encontramos con mujeres de 23 años que ya van por el 3° o 4° chico, entonces ya no quiere tener más, pero tiene 23 y por ahí fue mamá a los catorce, quince, dieciséis y ni siquiera disfrutó de la maternidad, fue como una carga, como un peso que se le vino encima. Me parece que tenemos que trabajar mucho sobre esto, no sé exactamente cómo, porque de hecho los que trabajan en las leyes, en salud, están pensando en estas cuestiones, obviamente, pero no estamos llegando, algo nos está pasando. Esas curvas que vemos, menos nacimientos y más números de mujeres esterilizadas, por suerte como siguen naciendo mujeres, siempre va a haber capacidad reproductiva, pero cada vez más chiquitas, va a ser a expensas de las mujeres más jóvenes la reproducción. Va a quedar la responsabilidad de la reproducción de nuestra sociedad en las mujeres más jóvenes, porque ya mujeres de 30 años no van a tener capacidad reproductiva y entonces no van a estudiar, no van a trabajar y van a ser más pobres. Esto a uno le preocupa.

Es la hora 12:45